Nr. 16. 15. kwietnia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI. Kraków.

Przypadek nerki podkowiastej.

Z Lecznicy Związku Kas Chorych w Krakowie.

Nerkę podkowiastą spotkałem już trzykrotnie: dwa razy przypadkowo przy otwarciu brzucha z innego powodu; w przytoczonym poniżej przypadku istnienie tej wady rozwojowej zostało rozpoznane klinicznie. W żadnym z tych przypadków nerka nie wymagała leczenia chirurgicznego. Jeśli więc mimo to omawiam ostatni przypadek, to czynię to dlatego: 1) że dotychczas kilkadziesiąt zaledwie razy istnienie tej wady było podejrzewane względnie rozpoznane klinicznie przed zabiegiem operacyjnym, 2) że strona rozpoznawcza nie jest dostatecznie uwzględniona w największych nawet dziełach specjalnych, dzisiaj zaś posiadamy już środki pozwalające mojem zdaniem na rozpoznanie każdego przypadku, 3) aby zwrócić wreszcie uwagę na to, że wada ta nie jest tak rzadką, jak to się jest skłonnym przypuszczać i że niewątpliwie każdy lekarz niejednokrotnie spotyka ją w praktyce.

Omawiany przypadek dotyczył 28-letniej chorej, która podawała, że od kilku miesięcy miewała przelotne bóle w lewym boku. Przed dwoma tygodniami wystąpiły nagle silne napadowe bóle brzucha, połączone z wymiotami i gorączką do 39. Bóle promieniowały z lewego podbrzusza do krocza, towarzyszyło im parcie na mocz, mocz kilkakrotnie oddany miał być krwawym. Bóle te po kilku dniach uspokoiły się zupełnie. Przed 5 dniami wystąpił ponownie podobny atak gwałtownych bólów, które dziś dopiero ustąpiły. W oddanej części krwawego moczu chora zauważyła drobny kamyk. Dawniej nigdy żadnych dolegliwości nie odczuwała.

Kamyk wielkości i kształtu pestki od daktyla, o powierzchni gładkiej, barwy szarej, jednostajnie twardy.

Badanie kliniczne nie wykazało zmian w narządach wewnętrznych. Również przy badaniu brzucha (chora bardzo otyła) nie udało się wykazać nic nieprawidłowego. Nerki są niemacalne, okolica pęcherza niebolesna. W moczu stwierdzono kryształki szczawianu wapnia, pojedyncze krwinki, liczne ciałka białe i nabłonki nerkowe. W ciągu kilkudniowej obserwacji nie gorączkowała. Na zdjęciu rentgenowskiem cienie nerek niewidoczne, brak cieni kamieni. Przy wziernikowaniu pęcherza stwierdzono ślady po świeżych obrażeniach lewego ujścia moczowodu, wywołane przez przejście kamienia. Cewnik moczowodowy przechodzi z łatwością. Przy pyelografji wprowadzono do lewej miedniczki 30 cm^3 roztworu bromku sodu. Na zdjęciu miedniczka wybitnie zniekształcona, znacznie obniżona, przylega niemal do kręgosłupa lędźwiowego. Wobec tego wykonano pyelografję zstępującą, wprowadzając do żyły łokciowej 100 cm^3 20% roztworu abrodylu, a po kilku dniach wykonano dla kontroli otrzymanego wyniku obustronną pyelografję wstępującą po wprowadzeniu cewników moczowodowych i wypełnieniu płynem kontrastowym obydwu miedniczek. Oto wynik badania radjologicznego (Dr. Blühbaum): Pyelografja dożylna i od strony pęcherza wykazuje rozszerzenie i wydłużenie miedniczek nerkowych po obydwu stronach, przyczem uderza zachowanie się osi długich, przeprowadzonych przez miedniczki. W warunkach prawidłowych osie te przecinając się tworzą kąt około 50^0, otwarty ku dołowi, podczas gdy w tym przypadku kąt ten otwiera się ku górze, a punkt przecięcia się osi, przeprowadzonych przez obydwie miedniczki nerkowe, leży na I. kręgu krzyżowym. Pozatem obydwie miedniczki obniżone są conajmniej o wysokość jednego kręgu. Lewa miedniczka nerkowa jest bardzo znacznie przesunięta ku kręgosłupowi.

Obydwie miedniczki są dość znacznie rozszerzone, mają obrysy mocno nieregularne. Moczowody są skrócone i posiadają przebieg nietypowy. W części lędźwiowej tworzą one łuk zwrócony wypukłością ku zewnątrz i są znacznie bardziej oddalone od kręgosłupa, niż w warunkach normalnych.

Zespół objawów: a) niedostrzegalne dolne obrysy obydwu nerek,

b) odwrócenie kąta nachylenia wnęk obydwu nerek względem linji środkowej,

c) obniżenie obydwu nerek,

d) zmniejszenie odległości nerek od siebie,

e) wyraźne skrócenie długości moczowodów,

f) symetryczne rozszerzenie obydwu miedniczek nerkowych — jest zupełnie charakterystyczny dla symetrycznego wodonercza w obrębie nerki podkowiastej.

Nerka podkowiasta należy do tych stosunkowo rzadkich, choć nie wyjątkowych wad rozwojowych, które doniedawna jeszcze stanowiły tylko przypadkowe zdumiewające odkrycie sekcyjne, względnie również przypadkowo odkrywano ją na stole operacyjnym, w ostatnich zaś latach, od czasu prac Rovsinga i Brongersmy (1910—1914), przeszła do zakresu chirurgji i poczesne zajęła w niej miejsce. Spotykano ją w 0,06 (Morris) do 0,3% (Socin) wszystkich przypadków sekcyjnych i w 0,4 (statystyki francuskie) do 1,8% (klinika Mayo) operowanych przypadków nerkowych. Niektóre duże zakłady, jak klinika Mayo lub Legueu poszczycić się mogą kilkunastu zabiegami operacyjnemi, wykonanemi na nerce podkowiastej.

Wszyscy autorzy podkreślają zgodnie, że najczęściej rozpoznaje się tę wadę rozwojową dopiero w czasie operacji. W niektórych przypadkach przed zabiegiem przypuszczano możliwość jej istnienia, przyczem wszakże zwykle rozpoznanie właściwego charakteru guza było niepewne i rozstrzygnęła je ostatecznie operacja. Według zestawienia Higginsa spośród ogłoszonych do roku 1924 — 108 operowanych przypadków nerki podkowiastej, tylko 22% było właściwie przed zabiegiem ściśle rozpoznane. Autor ten wyrażał nadzieję, że dzięki nowoczesnym metodom badania, znacznie ułatwiającym rozpoznanie, w pierwszym rzędzie dzięki pyelografji, rozpoznanie będzie możliwe w 95% przypadków. Przypuszczenie to wszakże nie potwierdziło się; sądząc z dalszych doniesień w znanych już dziś z piśmiennictwa przeszło 300 przypadkach schorzenia nerki podkowiastej — odsetek rozpoznań przedoperacyjnych nie powiększył się znacznie i w większości przypadków nadal stwierdza się istnienie tej wady rozwojowej dopiero na stole operacyjnym. Mówi się niejednokrotnie o tem, że częściej rozpoznanoby nerkę podkowiastą, gdyby częściej o niej myślano. Ale nawet tacy autorzy jak Papin, który dużo zajmował się sprawą wad rozwojowych nerek, dużo różnorodnych wad rozpoznał za życia i myśli zwykle o możliwości ich istnienia, przyznaje, że w kilku przypadkach odkrycie nerki podkowiastej w czasie zabiegu operacyjnego było dla niego prawdziwą niespodzianką. Czyż dziwić się wobec tego można, że inni najdoświadczeńsi nawet klinicyści nie rozpoznają tej bodaj że najczęstszej wady rozwojowej nerki, o której mówi każdy podręcznik. Jeżeli Frangenheim i Werner dziś jeszcze mówią, że najpewniejszym środkiem rozpoznawczym jest i na zawsze pozostanie próbna laparotomja, to jest to najlepszy dowód, jak wielkie nastręczają się niekiedy trudności rozpoznawcze, wobec których wszystkie nasze metody badania klinicznego mogą się okazać bezsilne.

Nierozpoznanie zresztą tej wady mniejsze posiada znaczenie praktyczne w przypadkach nerki podkowiastej zdrowej, sprawiającej pewne dolegliwości; nie sprowadzi ono wprawdzie ulgi, ale też nie zaszkodzi choremu. Natomiast w przyp. powikłanych, rozpoznając kamicę, gruźlicę, wodo- czy roponercze, a nie wiedząc o tem przed zabiegiem, że sprawa toczy się w jednej połowie nerki podkowiastej, możemy narazić chorego na pewne niebezpieczeństwa. Już Kretschmer mówił, że dobrze jest przed operacją rozpoznać istnienie tej wady rozwojowej ze względu na stronę techniczną zabiegu, jaki wykonać należy. Również Barth podnosił słusznie, że ważnem jest aby chirurg nie był zaskoczony właściwem rozpoznaniem dopiero w czasie zabiegu po odsłonięciu nerki względnie nawet dopiero po uwolnieniu strony chorej. Jasnem jest bowiem, iż jeśli część łącząca obydwa bieguny nie jest tylko zwykłem pasmem łącznotkankowem, to usunięcie chorej połowy nerki podkowiastej jest równocześnie zabiegiem dotyczącym i strony drugiej, zwłaszcza w przypadkach, w których ta część środkowa jest szeroka i gruba, dochodzi do samej miedniczki, względnie nawet zajmuje połowę długości nerki. A cóż dopiero mówić o niezwykle rzadkich na szczęście przypadkach, w których obydwie miedniczki pozostają w związku ze sobą? Nic też dziwnego, że w przypadkach przed zabiegiem rozpoznanych lepsze naogół uzyskano wyniki.

Nie ulega wszakże wątpliwości, że nerka podkowiasta posiada pewne właściwości tak swoiste, i dokładnie przeprowadzone badanie pozwala niejednokrotnie na uzyskanie szeregu objawów tak charakterystycznych, że z reguły niemal powinna być rozpoznawana, i nawet co więcej, we wszystkich przypadkach operacji nerkowych zawsze należałoby przed zabiegiem wykluczyć możliwość jej istnienia.

Jest to tem bardziej uzasadnionem, że częstość, z jaką narząd ten ulega schorzeniu, świadczy o znaczeniu klinicznem tej wady rozwojowej; toć według Beyersa w 42% przypadków nerka podkowiasta okazuje się na sekcji chorą. Najczęściej spotykano wodonercze, rozpoczynające się niekiedy już we wczesnem dzieciństwie, — niekiedy przechodzi ono w roponercze. Chirurdzy najczęściej spotykali kamicę. Względnie rzadko zdarza się gruźlica jednej połowy nerki podkowiastej, — opisano wszakże kilkanaście operacyjnie wyleczonych jej przypadków. Znamy również z piśmiennictwa kilkanaście przypadków operowanych guzów jednej połowy nerki i nieliczne przypadki nerki torbielowatej i ropni okolonerkowych.

Tak częste schorzenia nerki podkowiastej, spotykane w każdym wieku, są wyrazem mniejszej wartościowości nerki. Większość chorych operowano przed 30 rokiem życia. Sądząc z protokółów sekcyjnych, większość ludzi dotkniętych tą wadą nie żyje długo, a 1/3 ginie najczęściej spowodu toczącej się w drogach moczowych sprawy zakaźnej.

Nie wdaję się w szczegóły budowy anatomicznej nerki podkowiastej, dobrze z podręczników znane. W praktyce pamiętać musimy głównie o tem, że obok nerki symetrycznej, gdy obie połowy są prawie równych rozmiarów, i ułożone są na tym samym niemal poziomie, spotkać możemy również nerkę asymetryczną, której prawa i lewa część są zrośnięte nierównomiernie. Dalej — że część środkowa łączy przeważnie obydwa dolne bieguny nerki i niemal wyjątkowo tylko górne (17 znanych z piśmiennictwa przypadków, co stanowi około 6% wszystkich znanych przypadków nerki podkowiastej); tworzy ją różnej grubości odcinek miąższu nerkowego, względnie przedstawia ona tylko pasmo łącznotkankowe. Wygląd miedniczek: ich ilość, wielkość, kształt, ułożenie, jak również kierunek kielichów mogą być zmienne. Przebieg moczowodów bywa bardzo różnorodny: często istnieją wrodzone ich zwężenia, a i moczowody nadliczbowe nie należą do rzadkości. Również naczynia nerkowe mogą przedstawiać szereg nieprawidłowości. Niezależność naczyń i niezależność patologiczna obydwu połów nerki uzasadnia możliwość leczenia operacyjnego nerki podkowiastej, włącznie z usunięciem jednej jej połowy. Doświadczenie też wykazało, że istnienie nerki podkowiastej bynajmniej nie wyklucza leczenia chirurgicznego chorej jej części, i że leczenie to nie daje bynajmniej złych wyników, ani nie pociąga za sobą znacznej śmiertelności pooperacyjnej. Toć według najstarszej statystyki zbiorowej Boteza w 80% przypadków uzyskano wyleczenie. Można wykonać na nerce podkowiastej wszystkie te same zabiegi, co i na nerkach prawidłowych, najczęściej wszakże przy jednostronnem jej schorzeniu bywa potrzebnem usunięcie połowy nerki.

Dla patologji nerki podkowiastej wielkie wydaje się posiadać znaczenie szczególny sposób odejścia moczowodu. Papin i Christian twierdzą, iż właściwą przyczyną niedostatecznego odpływu moczu jest nienormalnie wysokie usadowienie miejsca odejścia moczowodu od miedniczki. Autorzy amerykańscy są zdania, iż obok tego odgrywa pewne znaczenie przebieg moczowodu— jego ustawienie pod kątem niemal ostrym w stosunku do miedniczki. Botez przy nierównej wielkości obydwu połów nerki przypisuje winę zalegania moczu nadmiernej pracy większej połowy nerki i nieprawidłowemu przebiegowi naczyń. Niektórzy wreszcie twierdzą, że moczowód odchodząc nie ku wewnątrz, lecz do przodu od nerki, łatwo zostać może uciśnięty. Częstość z jaką nerka podkowiasta ulega schorzeniu tłumaczono również uciskiem wywieranym na ścianę pewnego odcinka moczowodu przez odcinek środkowy nerki, łączący obydwa bieguny, wreszcie jej nieruchomością i szczególnem ułożeniem narządu, łatwiej narażającym go na wszelkie urazy mechaniczne.

Zaburzenia w odpływie moczu nie pociągają za sobą wyłącznie tylko występowania wodonercza; również częste powstawanie kamieni w nerce podkowiastej, podobnie jak i w nerkach dotkniętych innemi wadami rozwojowemi: w nerce opadniętej i wędrującej, ma się tłumaczyć spotykanym przeważnie w tych przypadkach stanem zapalnym miedniczki nerkowej i nerki, powstałym w następstwie zalegania moczu. Szczególna budowa anatomiczna narządu sprawia, że wszelkie schorzenia jednej jego połowy znacznie są groźniejsze dla chorych i połączone z większem niebezpieczeństwem dla ich życia, niż schorzenie jednego z prawidłowych narządów parzystych. Wczesne więc rozpoznanie szeregu spraw chorobowych, w pierwszym zaś rzędzie gruźlicy nerki podkowiastej, jest niezmiernie ważne ze względu na szczególnie wielkie niebezpieczeństwo przejścia sprawy na drugą połowę nerki.

W piśmiennictwie toczą się spory o to, którą nerkę podkowiastą łatwiej jest rozpoznać: zdrową, czy też wykazującą zmiany patologiczne. Dla jednych rozpoznanie tej wady rozwojowej wydaje się znacznie trudniejszem w przypadkach, w których nic nie skierowuje uwagi na nerkę, rozpoznanie ma być natomiast ułatwione właśnie dzięki jej schorzeniu. Inni twierdzą, że przy istnieniu zmian patologicznych w nerce podkowiastej właściwe rozpoznanie może być jeszcze trudniejsze, gdyż objawy toczącej się w nerce sprawy chorobowej mogą zupełnie maskować istnienie wady rozwojowej. Z drugiej zaś strony powstać mogą pomyłki również z tego względu, że częstokroć łatwe stosunkowo rozpoznanie schorzenia wydaje się czynić zbędnem przeprowadzenie szczegółowych badań, które jedynie mogłyby pozwolić na wykazanie, że choroba toczy się w nerce podkowiastej.

Zdrowa nerka podkowiasta nie daje żadnych objawów ze strony dróg moczowych. Wywoływać wszakże może szereg dolegliwości, które Martynow i Rowsing przypisywali uciskowi na duże naczynia brzuszne i przylegające do nich sploty nerwowe i uważali za dość charakterystyczne. Opisywano bóle brzucha zwykle promieniujące do okolicy lędźwiowej, utrzymujące się stale, w każdem ułożeniu chorego, bądź też występujące napadowo. Nasilały się one przeważnie w pewnych okolicznościach, przy staniu i prostowaniu tułowia, przy wysiłkach fizycznych, przy wszystkich ruchach pociągających za sobą nadmierne wygięcie ku tyłowi i skręcenie lędźwiowej części kręgosłupa. Bóle te nietylko uniemożliwiały chorym dłuższą pracę, lecz również stanie i siedzenie przez czas dłuższy. Charakterystycznym miał być również chód niektórych chorych: pochylali się oni ku przodowi, aby możliwie ograniczyć napięcie mięśni powłok brzusznych i jaknajbardziej zmniejszyć wygięcie kręgosłupa lędźwiowego. Często widywano obok tego szereg różnorodnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego: bóle po jedzeniu, niekiedy tak silne, iż przypominały kurcze żołądkowe, uczucie pieczenia w żołądku, wymioty, brak łaknienia, zaburzenia jelitowe przejawiające się najczęściej naprzemiennemi biegunkami i zaparciem, uczucie tętnienia w okolicy pępka. Niektórzy chorzy mieli uczucie, jakgdyby pasem mocno byli ściśnięci.

Wątpliwem jest wszakże, aby te objawy, uważane przez Rovsinga za charakterystyczne, naprowadzić mogły na właściwe rozpoznanie. Z jednej strony bowiem szereg innych schorzeń wywoływać może podobne dolegliwości, z drugiej — te objawy przy nerce podkowiastej spotykane są niestale. Być może występują one tylko w przypadkach, w których powiększa się ucisk wywierany na naczynia i sploty nerwowe, a więc gdy część łącząca obydwa bieguny nerek ma budowę miąższową i jest niezwykle szeroka, względnie zjawiają się one w czasie ciąży, która powiększa lordozę lędźwiową, czy też przy dołączającem się znacznego stopnia opadnięciu trzewiów jamy brzusznej.

Szereg autorów kwestjonuje słuszność tłumaczenia przez Rovsinga objawów bólowych, wywołanych przez zdrową nerkę podkowiastą. Tchouchnowskij i Pena twierdzą, że nie ucisk poprzecznego odcinka nerki na duże naczynia, lecz i spotykane przeważnie w tych przypadkach współistnienie wad rozwojowych kręgosłupa, np. brak zrostu jednego z wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych z trzonem, jest przyczyną dolegliwości. Donoszono wprawdzie o istnieniu u chorych z nerką podkowiastą innych wad rozwojowych w zakresie narządów moczowopłciowych (wnętrostwo, niedorozwój odbytu), nikt wszakże poza wspomnianymi autorami nie stwierdził tego rodzaju zmian w kręgosłupie. Niektórzy twierdzą, że objawy bólowe w znacznej części przypisać należy tak częstym w tych przypadkach pewnym nieznacznym zaburzeniom odpływu moczu z miedniczki, których początkowo może być niepodobna nawet wykazać klinicznie, a które odpowiadają okresowi *praehydronephrosis* według wyrażenia autorów amerykańskich.

Tak czy inaczej nerka podkowiasta, nawet nie wykazująca zmian patologicznych, może niekiedy wywoływać bóle i przyczyna ich tkwi w istnieniu poprzecznego łączącego nerki odcinka. Że tak jest istotnie, świadczą o tem znakomite wyniki leczenia operacyjnego zdrowej nerki podkowiastej, polegające na przecięciu części łączącej obydwa bieguny (*symphysiotomia* Rovsinga). Zabieg ten, kilkanaście razy dotychczas wykonany, zawsze pociągał za sobą ustąpienie zarówno odczuwanych przez chorych bólów, jak i zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Usunięcie wady rozwojowej, rozdzielenie obydwu połów nerki przez przecięcie względnie wycięcie łączącego je mostka, połączone przeważnie z równoczesnem uniesieniem ku górze i przymocowaniem nerki bardziej obniżonej, względnie i przecięciem nienor-

malnie przebiegającego naczynia dodatkowego przy zdrowej nerce podkowiastej, jest uzasadnionem wyłącznie w tych nielicznych przypadkach, w których wywołuje ona pewne dolegliwości.

W przeważnej wszakże ilości przypadków nie wywołuje ona żadnych dolegliwości, nie daje żadnych objawów klinicznych. Toć powstała ona w życiu płodowem i, jak mówi Zondek, zrosła się z ciałem, przystowała do otoczenia. We wszystkich przypadkach, w których wada ta przypadkowo odkrywaną była na sekcji, nie dawała ona za życia żadnych objawów. Również w szeregu operowanych przypadków na podstawie wywiadów można było stwierdzić, iż dolegliwości odczuwane przez chorych istniały tylko od pewnego czasu i powstały w ścisłym związku ze schorzeniem nerki. Nerka podkowiasta często bowiem, znacznie częściej od nerki zdrowej, ulega schorzeniu, i najczęściej dopiero tocząca się w niej sprawa chorobowa zwraca na siebie uwagę chorego. Podkreślają to wszyscy autorzy, którzy mieli sposobność widywać większą ilość przypadków tej wady rozwojowej.

W kilku przypadkach udało się rozpoznać tę wadę li tylko na podstawie badania klinicznego — obmacywania brzucha. Israel twierdzi, że przy cierpliwem i często powtarzanem badaniu można przeważnie wyczuć nerkę podkowiastą. Również Pichler w dwu przypadkach miał wyczuć zdrową nerkę podkowiastą już przy pierwszem badaniu, w trzecim — dopiero po pewnym czasie, po schudnięciu pacjenta, i twierdzi, że przy pewnej wprawie, przy zdrowych powłokach brzusznych, nie tak trudno ten cel osiągnąć. Zdaniem wszakże większości autorów tylko wyjątkowo przy obmacywaniu brzucha udaje się wykazać wgłębi obecność guza leżącego przed kręgosłupem o cechach guza zaotrzewnego. Wyczucie przez powłoki całego narządu mogłoby być do pomyślenia tylko w pewnych szczególnie pomyślnych okolicznościach: u ludzi chudych, z wiotkiemi powłokami i przy najdokładniej opróżnionym przewodzie pokarmowym. Nawet przy najlepszej technice badania niepodobna wszakże przeważnie wyczuć obydwu części nerki i stwierdzić jej charakterystycznego kształtu. Częściej wyczuć można tylko pewną część nerki podkowiastej, pewien jej odcinek, rzadko wszakże posiada on kształt charakterystyczny dla tej wady rozwojowej i nasuwa myśl o możliwości jej istnienia. Do rozpoznania wystarcza zupełnie wyczucie jednego z biegunów nerki z jego przejściem w część łączącą, stwierdzenie że dolny biegun jednej nerki przechodzi przy pomocy wąskiej wypustki na drugą stronę kręgosłupa. Wyczucie wszakże przy obmacywaniu brzucha części nerki łączącej obydwa bieguny możliwem jest tylko wyjątkowo, — przeważnie bywa ona bowiem taśmowata i jest wogóle niemacalna. Zwłaszcza u osobników muskularnych lub tłustych i w szeregu przypadków nerki podkowiastej nie wykazującej zmian anatomicznych, więc niepowiększonej, nie można liczyć na to, aby zwykłe badanie pozwolić mogło na rozpoznanie. Badanie to w najkorzystniejszych nawet warunkach pozwala jedynie na stwierdzenie, że mamy do czynienia z nerką mniej lub więcej obniżoną, bardziej niż prawidłową zbliżoną do linji środkowej ciała, nieruchomą i przeważnie bezbolesną. Niektórzy twierdzą, że samo obniżenie nerki bez zachowania jej ruchomości winno nasuwać myśl o możliwości istnienia nerki podkowiastej. W większości przypadków wszakże nie rozpoznajemy charakteru guza i najważniejszą bodaj cechą jest wówczas nieruchomość, świadcząca zresztą jedynie o jego ułożeniu zaotrzewnem. Każdy guz wyczuwalny w podbrzuszu w linji środkowej ciała i przechodzący na boki winien nasuwać myśl o możliwości istnienia nerki podkowiastej i potrzebie przeprowadzenia badań dodatkowych dla właściwego rozpoznania.

Nie ułatwiają wszakże rozpoznania i zaszłe w nerce zmiany anatomiczne, które doprowadziły do powiększenia narządu. Toć niektórzy twierdzą, że objawy fizykalne nigdy nie pozwolą na pewne rozpoznanie tej wady głównie z tego względu, że w przypadkach zwykle przez klinicystę spotykanych nerka wykazuje zmiany, zacierające w znacznym stopniu zasadniczy jej kształt charakterystyczny. W warunkach patologicznych naprowadzić może na właściwą myśl li tylko bardziej przyśrodkowe ułożenie guza nerkowego. W niektórych przypadkach nerki podkowiastej bardzo znacznie obniżonej, schodzącej aż do miednicy małej, można wyczuć guz przy badaniu przez odbytnicę. Przypadki te są wszakże wyjątkowe i zawsze prawie chodzi o nerkę chorą.

Z innych objawów klinicznych wymieniano przerost serca, powstały w następstwie ucisku nerki na aortę i zdaniem Davidsona często w tych przypadkach stwierdzamy, jak również spotykane niekiedy zakrzepy w dolnej żyle próżnej naskutek ucisku wywieranego przez nerkę na żyłę biodrową wspólną.

Zdjęcie rentgenowskie rzadko tylko, niemal wyjątkowo, wykazuje dość wyraźnie cień i obrysy nerki, w szczególności zaś cień środkowego odcinka, łączącego obydwa bieguny nerki pozostaje zwykle niewidoczny. Roth i Woorhoewe (1916) przy pewnem udoskonaleniu techniki zdjęć otrzymać mieli na kliszy cień, odpowiadający nerce podkowiastej i uważają go za dość charakterystyczny. Cechuje go: a) skośne ułożenie obydwu nerek, przyczem długie ich osie mają przebiegać od góry i zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz; b) cienie nerek znajdują się bliżej linji środkowej ciała i niżej niż normalnie, przyczem obniżenie to jest bądź symetryczne, bądź też po obydwu stronach nierównomierne; c) cień przebiegający poprzecznie jest zwykle mniej wysycony od cienia nerek, otrzymać go wszakże można wyłącznie w przypadkach, w których odcinek środkowy, łączący symetrycznie obydwa dolne przeważnie bieguny, posiada pewną grubość; d) wreszcie zupełny brak ruchomości guza w kierunku poprzecznym. Wyjątkowo wszakże tylko niektórym autorom udało się rozpoznać nerkę podkowiasta na podstawie zwykłych zdjęć rentgenowskich (Voorker, Talugyay, Bachrach).

Większe znaczenie rozpoznawcze może posiadać badanie rentgenowskie przy kamicy nerki podkowiastej. Stwierdzane na zdjęciu rentgenowskiem kamienie nerkowe przez swe szczególne ułożenie każą niejednokrotnie myśleć o możliwości istnienia tej wady rozwojowej. Przy obustronnej kamicy nerkowej, zwłaszcza gdy wiele kielichów po obydwu stronach jest wypełnionych kamieniami, z ułożenia ich cieni można niekiedy wnosić o podkowiastym kształcie nerki, jak to było w przypadku Mosentala. Pozwala również na podobne przypuszczenie cień pojedyńczego stosunkowo dużego kamienia, znajdującego się znacznie niżej i zbyt blisko linji środkowej ciała, niż to się zazwyczaj zdarza. W przypadku Kümmela kamienie nerkowe leżały tak blisko kręgosłupa, iż cienie ich przykrywały wyrostki poprzeczne. Nie tylko wszakże bardziej dośrodkowe umiejscowienie kamienia, lecz także jego kształt i ułożenie, w szczególności zaś przy kamieniach wyraźnie wydłużonych dziwny kierunek jego osi długiej, np. wybitnie skośny jej przebieg od góry i wewnątrz ku dołowi i ku zewnątrz, jak to miał sposobność spostrzegać w jednym przypadku Zondek, mogą nasuwać podejrzenie o istnieniu nerki podkowiastej. Często wszakże cień kamienia znajduje się na właściwem miejscu i nie przedstawia nic charakterystycznego, lub też, choć znajduje się dość nisko, to jednak w takiej odległości od wyrostka poprzecznego, jak się to normalnie zdarza, jak np. w przypadku Rumpela. Słuszność też ma Zondek twierdząc, iż jeśli na zdjęciu rentgenowskiem kamień miedniczki nerkowej nie leży tuż obok kręgosłupa, lecz jest od niego dość znacznie nawet oddalony i wydaje się znajdować w miejscu odpowiadającem nerce prawidłowej, to obraz ten bynajmniej jeszcze nie przemawia przeciw możliwości istnienia nerki podkowiastej.

Badanie cystoskopowe wobec istnienia w większości przypadków nerki podkowiastej zupełnie prawidłowych ujść moczowodów (wyjątkowo tylko spotykano nadmierną ilość ujść) nie nasuwa podejrzenia o możliwości istnienia wady rozwojowej nerki.

Również cewnikowanie moczowodów przy pomocy cewników kontrastowych i następowe zdjęcie rentgenowskie nie pozwala zwykle na rozpoznanie i ostatecznie uciec się należy do pyelografji.

Jedynie pyelografja prawie pewnie pozwala na rozpoznanie; co więcej, wykazuje ona równocześnie zmiany, jakie zaszły w nerce. Pamiętać należy, iż koniecznem jest wykonanie obustronnej pyelografji w każdym przypadku, w którym jednostronna pyelografja daje obraz miedniczki różniący się nieco od obrazów zwykle spotykanych. Wykazanie obustronnej wrodzonej zmiany ułożenia i kształtu miedniczek i kielichów nerkowych, jak również związanego z niem nienormalnego przebiegu moczowodów nie dowodzi wprawdzie zupełnie niezbicie, iż mamy do czynienia z nerką podkowiastą; znaczna wszakże wrodzona zmiana ułożenia obydwu pojedyńczych nerek jest zjawiskiem tak rzadkiem, że z wszelkiem prawdopodobieństwem można ją wykluczyć. Niektóre wprawdzie z uzyskanych przy pomocy obustronnej pyelografji obrazów nie łatwo naprowadzają na myśl, o możliwości istnienia nerki podkowiastej, — w innych zato przypadkach wprost niepodobna w inny sposób wytłumaczyć otrzymanego obrazu, nie odpowiada on bowiem żadnemu ze schorzeń, ani też żadnej innej wadzie rozwojowej nerki.

Miedniczki i kielichy posiadają naogół kształt nietypowy, dość nieregularny, dają jednak obrazy bardzo różnorodne.

Charakterystycznem jest przedewszystkiem ich ułożenie: są one przeważnie dość znacznie po obydwu stronach obniżone i leżą znacznie bliżej kręgosłupa, a w niektórych przypadkach ułożone są nawet prawie w samej linji środkowej ciała, pokrywając wyrostki poprzeczne lub i kręgosłup aż do strony przeciwnej. Zmiany te nie zawsze są symetryczne. Często jedna miedniczka

znajduje się niżej od drugiej, względnie bliżej linji środkowej. W pewnej tylko części przypadków miedniczki mają kształt zbliżony do prawidłowego z brzegiem wewnętrznym wypukłym i zewnętrznym przechodzącym w kielichy. W większości natomiast przypadków posiadają one kształt nieprawidłowy i bardzo różnorodny. Naskutek skręcenia osi nerki podkowiastej w porównaniu z nerką prawidłową — miedniczki nie są niekiedy ułożone w płaszczyźnie czołowej, lecz raczej w zbliżonej do strzałkowej, tak że ich brzeg wewnętrzny staje się przednim, a kielichy mogą być zwrócone wprost ku tyłowi. Wynika stąd na cieniu obraz szczególny, na którym widać jak kielichy odchodzą na prawo i lewo od cienia miedniczki. Miedniczki wydają się przytem jakby spłaszczone i posiadają przeważnie tylko dwa silnie wydłużone kielichy: górny i dolny. W moim przypadku, podobnie jak i w przypadku Blanca i Negro nerki są jakby niemal zupełnie odwrócone tak, że ich brzeg wewnętrzny stał się zewnętrznym, wypukłym, wskutek czego pyelografja daje obraz zupełnie paradoksalny: moczowody odchodzą ku zewnątrz od nerki, kielichy zwrócone są ku wewnątrz, ku linji środkowej.

Spotkać też możemy podwójną miedniczkę po jednej względnie po obydwu stronach. Pojemność miedniczki i poszczególnych jej części wykazywać może znaczne odchylenia od stosunków prawidłowych. Niekiedy jedna część miedniczki jest niestosunkowo duża, druga zaś — mniej rozszerzona, względnie kielichy wykazują nieregularne rozszerzenia światła. Możemy wreszcie napotkać rozszerzenie tak znaczne, iż mówić już tylko wypada o wodonerczu, obejmującem miedniczkę i kielichy. Obraz niezwykły otrzymujemy również w przypadkach, w których obydwie nerki różnej wielkości są podzielone przez liczne poprzeczne wcięcia na nieregularne płaty, co nadaje miedniczkom i kielichom szczególny charakter. Wyjątkowo wreszcie płat łączący obydwie nerki jest szczególnie duży i posiada własny moczowód i miedniczkę, względnie miedniczkę wspólną z jedną z połów nerki; niekiedy znów obydwie miedniczki nerki podkowiastej komunikują ze sobą, jedną tworząc całość. Atypowym bywa również sposób odejścia od miedniczki i przebieg moczowodów. Początek ich odpowiada niekiedy najbardziej wypukłemu i dośrodkowemu punktowi cienia miedniczki. Mogą one wszakże odchodzić pośrodku jej cienia (cień miedniczki otacza ze wszystkich stron cewnik moczowodowy), a nawet od jej strony zewnętrznej. Przeważnie moczowody są dość znacznie zbliżone do linji środkowej ciała, przebiegają tuż obok kręgosłupa, opisując w swym przebiegu wielki łuk wypukłością zwrócony ku wewnątrz. W przypadkach wszakże o odwróconych miedniczkach, mogą one posiadać przebieg bardziej prostolinijny względnie opisywać łuk wypukłością ku zewnątrz zwrócony i są wówczas bardziej od siebie oddalone niż prawidłowo. Są one też zwykle nienormalnie krótkie.

Również ilość moczowodów większą może się okazać niż prawidłowo, zdarzają się bowiem podwójne moczowody po jednej względnie nawet po obydwu stronach, przyczem jednak zwykle przed wejściem do pęcherza łączą się one ze sobą tak, że przy wziernikowaniu stwierdzamy przeważnie tylko dwa ujścia.

Zdaniem Ludoviga na podstawie wyniku pyelografji możemy nie tylko rozpoznać nerkę podkowiastą, lecz również wnioskować o tem, jaka tkanka łączy obydwie nerki. Jeśli bowiem chodzi o tkankę miąższową, zdjęcie wykazywać ma wyraźny obrys dolnego kielicha, podczas gdy przy pasmie łącznotkankowem obrysy tego kielicha są niewyraźne. Nie nadarzyła się jednak widocznie dotychczas sposobność potwierdzenia słuszności tej obserwacji.

Obustronna pyelografja jest więc właściwą metodą rozpoznawczą. Pozwala ona ustalić ułożenie miedniczek, ich stosunek do linji środkowej ciała, kształt i ułożenie kielichów. Opierając się przytem na pewnych szczególnych właściwościach, a zwłaszcza na niezwykłem ułożeniu miedniczek nerkowych blisko linji środkowej ciała, dziwnym nieregularnym ich kształcie, braku jakgdyby pewnych kielichów względnie pokrywaniu się ich wzajemnem na kliszy, odwróceniu niektórych kielichów ku linji środkowej, wysokiem usadowieniu miejsca odejścia moczowodu od miedniczki, wreszcie jego skróceniu i nieprawidłowym przebiegu — w wielu przypadkach możemy rozpoznać nerkę podkowiastą. Rozpoznanie opiera się zasadniczo i niemal wyłącznie na obustronnej pyelografji, niezbędnej dla wykluczenia wszelkich źródeł błędów nawet w przypadkach klinicznie rozpoznanych. Jeśli przytem nerka nie wykazuje większych zmian patologicznych, znacznie zniekształcających miedniczkę, badanie to zawsze niemal daje obrazy bardzo charakterystyczne. I tu wszakże nie może się obejść bez zastrzeżeń. Są bowiem przypadki, w których i pyelografja nie pozwala na rozpoznanie, gdyż otrzymujemy niemal normalny obraz miedniczek i kielichów, jak to miało miejsce w obserwacjach Boeckela i Papina. Z drugiej strony w przypadkach wodonercza nerki podkowiastej ścisłe rozpoznanie istnienia tej wady przy pomocy obustronnej pyelografji znacznie jest trudniejsze, a niekiedy okazać się może nawet wręcz niemożliwem, względnie prowadzi do błędnych wniosków. Możliwe są wreszcie i inne wprost przeciwne źródła błędów. Możnaby przyjąć za nerkę podkowiastą dwie oddzielne nerki silnie opadnięte, z których jedna nadmiernie jest zbliżona do linji środkowej ciała. W niektórych przypadkach, jak stwierdzono, chodziło o wodo- czy roponercze jednej nerki i mniej lub więcej znaczne opadnięcie nerki drugiej, przyczem cień torbieli pokrywał częściowo część miedniczki zdrowej.

Od czasu wprowadzenia w roku 1929 przez Lichtensteina i Slicka pyelografji dożylnej przy pomocy „uroselektanu" — znalazła ona zastosowanie we wszystkich przypadkach schorzeń dróg moczowych. Są również doniesienia, że odkryto przy jej pomocy pewne wady rozwojowe nerek i moczowodów. Pyelografję dożylną wykonano dotychczas w kilku zaledwie przypadkach nerki podkowiastej; milczą też o niej najświeższe nawet podręczniki. Mimo wszystkich stron ujemnych tej metody, w szczególności mimo słabego wysycenia cienia w przypadkach, w których istnieją w nerce znaczne zmiany anatomiczne, wskazania do jej stosowania znacznie powinny być rozszerzone. De la Pena, porównywując wyniki otrzymane przy pomocy obydwu pyelografij w dwu przypadkach nerki podkowiastej, stwierdził, że pyelografja wstępująca mimo większego wysycenia cienia miedniczki nie daje więcej szczegółów, niż pyelografja dożylna. Mogę to w zupełności potwierdzić na podstawie własnego przypadku; obraz otrzymany przy pomocy pyelografji dożylnej jest aż nadto wymowny i wyraźny. Być może że większe rozpowszechnienie tej nowej metody rozpoznawczej, stosowanie jej w każdym przypadku, w którym przy zwykłem zdjęciu rentgenowskiem obrysy nerek są niewidoczne, a który wszakże nie nasuwa na myśl potrzeby przeprowadzenia badania urologicznego (brak dolegliwości ze strony dróg moczowych, brak składników patologicznych w moczu) — pozwoli na częstsze rozpoznanie nerki podkowiastej. Odnosi się to wszakże w równym stopniu i do przypadków nerki podkowiastej powikłanych jej schorzeniem, w których przeprowadzenie osobliwych badań, jak pyelografji wstępującej, okazuje się czasem niemożliwem, względnie w których i to badanie z różnych względów nie pozwala na wykazanie istnienia tej wady.

Rozpoznawanie nerki podkowiastej za życia przed zabiegiem operacyjnym rozpoczęło się z chwilą wprowadzenia pyelografji wstępującej. Być może, że gdy pyelografja dożylna stanie się metodą codzienną, częściej jeszcze stosowaną, niż pyelografja wstępująca, będziemy w stanie rozpoznać istnienie tej wady rozwojowej znacznie częściej niż dotychczas, może nawet we wszystkich jej przypadkach.

Piśmiennictwo:

1) Ahrens: Zeitschr. f. Urol. 1920, 14. — 2) Blanc et Negro: Journ. d'Urol. 1925, 20. — 3) Brecher: Wien. klin. Woch. 1926, 3. — 4) Brovne: The Journ. of urol. 1927, 18. — 5) Boeckel: 29 Congrès français d'urol. — 6) Bernardis: Arch. Ital. di Urol. 1930. — 7) Dor: 29 Congr. franc. d'Urol. — 8) De la Pena: Journ. d'Urol. 1931, 31. — 9) Elizalde et Grimaldi: Journ. d'Urol. 1924. — 10) Eisendrath, Phifer, Culver: Annals of surg. 1925, 82. — 11) Frangenheim u. Werner: Kirschner-Nordmann „Die Chirurgie". — 12) Geinitz: Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1928, 143. — 13) Heinrich: Z. f. Urol. 1929, 23. — 14) Higgins: Internat. Clin. 1928, 4. — 15) von Huth: Z. f. Urol. Chir. 1929, 26. — 16) Kessel et Guillaume: Journ. d'Urol. 1931, 32. — 17) Kretschmer: Journ. d'Urol. 1928, 25. — 18) Leckhart: Ky. Med. Journ. 1923, 91. — 19) Ludovigs: The urol. and cut. Reviev 1926, 30. — 20) Lazarus: Journ. of urol. 1927, 18. — 21) Legueu: Journ. d'Urol. 1929, 27. — 22) Melan et Gaspar: The journ. of urol. 1931. — 23) Marion: Journ. d'Urol. 1929, 27. — 24) Pisani: Arch. Ital. di Urol. 1926, 2. — 25) Pichler: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. — 1918, 30. — 26) Papin: Journ. d'Urol. 1929, 27. — 27) Petermann: Am. Journ. Dis. Childr. 1929, 38. — 28) Schmutte: Z. f. Urol. 1929, 23. — 29) Schillings: Le rein en fer à'cheval. Paris, 1928. — 30) Thompson: Guys Hosp. Rep. 1929, 79. — 31) Viathen: Zentralbl. f. Chir. 1926, 42. — 32) Zondek: Dtsch. med. Woch. 1921, 41 i 1928, 26; Berl. klin. Woch. 1919, 36.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Bolesław POPIELSKI, Asyst. Inst. Lwów.

O wypadkach śmierci w boksie.

Z Instytutu Medycyny sądowej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki.

Olbrzymi rozwój wychowania fizycznego i sportów w dobie obecnej powoduje, że coraz częściej zmuszeni jesteśmy zwracać na nie uwagę, już nietylko z punktu widzenia higjenicznego jako lekarze szkolni i sportowi, ale także nieraz z punktu widzenia klinicznego a nawet sądowo-lekarskiego. Do lekarzy szkolnych i sportowych należy nadawanie ogólnego kierunku higjenicznego w sporcie, niejako profilaktyka szkodliwości sportu. Jedynem bowiem zadaniem i celem sportów, będących w programie wychowania fizycznego, jest wychowanie pod każdym względem zdrowych i odpornych jednostek.

Zdarza się jednak, że sport staje się przyczyną stanów patologicznych, wchodzących w zakres medycyny klinicznej w szczególności chorób wewnętrznych i chirurgicznych. Jeżeli stany te spowodowane są jakąkolwiek czynnością karygodną względnie niedopatrzeniem ze strony czynników odpowiedzialnych, wkraczają również w zakres medycyny sądowej. Im większa popularność sportów, im większa ilość uprawiających je, przy jednoczesnym braku, względnie niedostateczności racjonalnej profilaktyki, tem więcej nieszczęśliwych wypadków; tem więcej sport w przeciwieństwie do swego zasadniczego celu staje się czynnikiem szkodliwym. Rozumie się, że podobnie jak w życiu codziennem, pewien procent nieszczęśliwych wypadków w sporcie jest nie do przewidzenia a zatem i nie do uniknięcia; chodzi tylko o stwarzanie warunków tego rodzaju, ażeby tych wypadków było jaknajmniej.

Pisząc o sporcie jako czynniku szkodliwym, wspomnieć należy chociażby o patologicznym przeroście mięśnia sercowego u sportowców i o tak częstych stanach jego niedomogi u osobników trenujących zbyt intensywnie. Są to tak aktualne dziś zagadnienia z dziedziny chorób wewnętrznych, znane w każdej poradni sportowo-lekarskiej. Chirurgja wypadków sportowych staje się dziś tak obszernym i aktualnym działem, że doczekała się specjalnych podręczników.

Do najbardziej tragicznych momentów tej sprawy należą niewątpliwie wypadki śmierci w sportach.

Najczęstsze wypadki śmierci zdarzają się w sportach mechanicznych i motorowych, posługujących się wielkiemi szybkościami i martwemi, niezawsze opanować się dającemi i nie zawsze sprawnie działającemi maszynami. Wypadki śmierci w sportach motorowych nie robią już dziś na nas wielkiego wrażenia; dzieje się to przedewszystkiem dzięki ich częstości, a pozatem dzięki możności tłumaczenia ich np. nieuwagą sprawcy lub możności obwiniania sił wyższych pod postacią różnego rodzaju defektów i t. p. Sporty te zresztą, ze względów ekonomicznych i zapewne spowodu małej wartości dla wszechstronnego wyrobienia fizycznego, nie należą dziś do programu wychowania fizycznego.

Poza wymienionemi sportami motorowemi, które rozwijają raczej zdolności psychiczne i dzięki swym szczególnym właściwościom stanowią odrębną grupę, przez niektórych niezaliczaną nawet do sportów, zdarzają się wypadki śmierci w sportach właściwych, gdzie głównym czynnikiem jest sam człowiek, posługujący się ewentualnie nieskomplikowanym przyrządem a nie maszyną. Wypadki te zdarzają się przedewszystkiem w sportach, w których występuje element walki, bądź w sportach zespołowych jak rugby, piłka nożna, bądź jednostkowych, jak boks i ciężka atletyka. W sportach uprawianych indywidualnie wypadki śmierci również nie należą do rzadkości. Wymienić tu należy wypadki śmierci z ostrej niedomogi mięśnia sercowego, zdarzające się w narciarstwie, turystyce górskiej i pływaniu (tak n. p. utonięcia dobrych pływaków nie polegają, najczęściej, na niczem innem, jak na ostrej niedomodze mięśnia sercowego).

Medycyna sportowa ma jeszcze wielkie zadanie do spełnienia: ze stadjonów sportowych, boisk i ringów zniknąć powinno bezpowrotnie złowrogie słowo — śmierć.

W latach ostatnich, dzięki swej wzrastającej popularności, boks coraz częściej zwiększa smutną statystykę wypadków śmierci w sporcie. Piśmiennictwo lekarskie obce, w szczególności sądowo-lekarskie, przytacza w ubiegłem dziesięcioleciu dużo wypadków śmierci. Zapatrywania na sport boksu są bardzo różnorodne; ma on swych entuzjastów i zapalonych wrogów. widzących w nim jedynie brutalną bijatykę. Do wrogów boksu należą przeważnie laicy, oceniający rzecz przeważnie na podstawie obserwowania brutalnych często zawodów. Wogóle kwestja zawodów sportowych nie jest jeszcze dziś należycie rozwiązana. Zawody, które mają być czynnikiem budzącym szlachetną ambicję i rywalizację, stają się nieraz czynnikiem wybitnie szkodliwym.

Boks ma jednak swoje walory, które zarówno wśród wychowawców jak i wśród sportowców jednają mu zwolenników. Kompetentni w tej sprawie instruktorzy i trenerzy podkreślają w swych podręcznikach zalety fizyczne i duchowe tego sportu (1, 2, 3). Należy on do nielicznych sportów, najbardziej wszechstronnie i stosunkowo jednomiernie rozwijających muskulaturę ciała. Intensywna i szybka praca mięśni wymaga ze strony płuc i serca doskonałej sprawności pod każdym względem. Ścisłe przestrzeganie surowych przepisów, a więc karność, odwaga, pewność siebie, doskonała koordynacja ruchów, szybkość reakcji i silna wola, oto zalety, które ma rozwijać boks.

Istotą boksu jest walka dwóch osobników, polegająca na zadawaniu odpowiednich ciosów zapomocą rąk, osłoniętych rękawicami i na obronie przed ciosami przeciwnika. Według regulaminów związków bokserskich, dozwolone są ciosy zadawane wypchaną częścią zamkniętej rękawicy w przednie i boczne części głowy, oraz tułowia powyżej pasa. Wszelkie inne ciosy i uderzenia, oraz inne sposoby walki są zakazane.

W uprawianiu sportu bokserskiego wyróżnić można dwa a nawet trzy etapy. Pierwszy, to przygotowanie do właściwego boksu; polega on na gimnastyce, na rozmaitych ćwiczeniach przygotowawczych, na nauce poszczególnych ciosów i zasłon, wkońcu na wyrabianiu wytrzymałości, głównie przez marsze i biegi na przełaj. Drugim etapem jest już walka i to początkowo ćwiczebna, w której partnerzy przerabiają zgóry przewidziane ciosy i zasłony, wkońcu walka właściwa, w której stosują wszystkie nabyte umiejętności. Trzeci etap, nie będący celem wszystkich uprawiających ten sport, to zawody bokserskie, w których moment unieszkodliwienia przeciwnika celem osiągnięcia zwycięstwa jest szczególnie silny i wyrazisty. Każdy zawodnik zna t. zw. „słabe punkty" t. j. okolicę szczęki dolnej, szyi, serca i żołądka i tam przedewszystkiem kieruje swe ciosy, by osiągnąć zwycięstwo przez *„knock-out"* t. j. uczynienie przeciwnika niezdolnym do walki na przeciąg 10 sekund. Uderzenia bowiem we wspomniane okolice powodują stany oszołomienia a nawet nieprzytomności, popularnie określane jako *„knock-out"*.

Każda walka bokserska składa się z szeregu starć (zwykle z trzech), rozdzielonych jednominutowemi przerwami. Na zawodach walczą ze sobą bokserzy, odpowiadający sobie wagą, dzieląc się w zależności od niej na szereg kategoryj (n. p. waga piórkowa, lekka, ciężka i t. d.[1]).

Wypadki śmierci w tym sporcie zdarzają się jedynie w czasie zawodów i walk, nie zdarzają się natomiast zupełnie w okresie przygotowawczym. Oprócz wypadków śmierci, stosunkowo nie tak częstych, sport ten powodować może cały szereg obrażeń, których skala jest bardzo obszerna, od powierzchownych otarć naskórka do zwichnięć i złamań kości zarówno rąk jak i głowy (4—9).

W roku 1932 zdarzyły się w Polsce pierwsze dwa wypadki śmierci w boksie, w czasie zawodów. W obu wypadkach, celem stwierdzenia przyczyny śmierci i wykazania ewentualnej winy przeciwnika, przeprowadzono sekcję sądowo-lekarską.

Przypadek I. We Lwowie odbywały się zawody bokserskie o mistrzowstwo okręgowe. W wadze półciężkiej walczył 23-letni E. G. z 27-letnim H. Gr. Krótki przebieg walki: w pierwszem starciu przewaga H. Gr. W drugiem równowaga, a nawet nieznaczna przewaga E. G. W trzeciem starciu E. G. po jednym z ciosów (w szyję?) począł się słaniać i cofnął się do rogu, po chwili jednak wyszedł na środek ringu i przyjął pozycję obronną. Ponownym atakiem przeciwnika odrzucony na sznury począł nieznacznie krwawić z nosa i — jak zeznają świadkowie — był oszołomiony *(„groggy")*. Przeciwnik, na znak dany przez sędziego, zadał mu ostatnią serję ciosów, przed końcem której, ręce znajdujące się w pozycji obronnej, opadły, przestając reagować na ciosy. W następnym momencie E. G. krwawiąc z nosa, usunął się na ziemię. Po przeniesieniu do szatni stwierdzono brak przytomności, niereagujące źrenice, zwolnione tętno, charczący oddech; zastosowano *cardiaca* i przewieziono chorego na oddział chirurgiczny szpitala. W szpitalu chory w dalszym ciągu nieprzytomny, tętno 90, oddech nieregularny, charczący. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn krwawy. Zastosowano puszczenie krwi, środki nasercowe, lód na głowę. W 10 godz. po wypadku chory zmarł.

---

[1]) Regulamin sportowy Polskiego Zwiazku Bokserskiego przewiduje następujący podział na wagi: 1. waga papierowa do 47.5 kg. 2. Waga musza do 51 kg. 3. Waga kogucia do 53.5 kg. 4. Waga piórkowa do 57.25 kg. 5. Waga lekka do 61.25 kg. 6. Waga półśrednia do 66.75 kg. 7. Waga średnia do 72.5 kg. 8. Waga półciężka do 79.5 kg. 9. Waga ciężka ponad 79.5 kg.

Sekcja sądowo-lekarska, przeprowadzona w Instytucie medycyny sąd. U. J. K. we Lwowie wykazała[2]). (Streszczenie szczegółowe z uwzględnieniem ważnych momentów): Zwłoki mężczyzny 23-letniego, atletycznej budowy i dobrego odżywienia. Spojówki oka lewego nastrzykane, obrzękłe, powieki tego oka obrzękłe. Powieki obu oczu zasiniałe, głęboko i wyraźnie krwią podbiegnięte. Na policzku prawym otarcie naskórka, krwią podbiegnięte. Po wewnętrznej stronie obu warg, wewnątrz jamy ustnej szereg różnej wielkości podbiegnięć krwawych. W powłokach czaszkowych po stronie wewnętrznej, w szczególności w okolicy ciemieniowej i skroniowej lewej, cały szereg drobnych podbiegnięć krwawych. Opona twarda silnie napięta, bez zmian. Na półkuli mózgowej lewej na sklepieniu i na podstawie obficie płasko rozlana krew i skrzepy. Opony miękkie nastrzykane, w niektórych miejscach, szczególnie w okolicy naczyń zgrubiałe, zmleczałe i obrzękłe, pozatem cienkie, przeźroczyste. Na sklepieniu półkuli lewej wylewy krwawe wśród opon miękkich na przestrzeni kilku cm^2 w okolicy naczyń. Na bocznej powierzchni płatu skroniowego lewego, w części tylnej, przedarcie naczynia żylnego w oponach miękkich; naczynie to ma około 4 mm. Podobne przedarcie cieńszego naczynia o średnicy 2 mm widać na tym samym płacie na dolnej powierzchni w części tylnej. W miejscach przedarć zwisają skrzepy, ciągnące się jeszcze na pewnej przestrzeni w świetle naczyń. Naczynia tętnicze na podstawie mózgu bez widocznych gołem okiem zmian. Mózg bez zmian. Kości czaszki cienkie, nieuszkodzone ani na sklepieniu, ani na podstawie, badanej po zdjęciu opony twardej. Serce stosunkowo małe, aorta wąska. Migdałki dość duże. Błona śluzowa tchawicy w dolnej połowie wybitnie nastrzykana, wykazuje dość liczne wynaczynionki. Grasica utrzymana, mała, bez zmian. W śledzionie wyraźnie zaznaczone grudki chłonne. Inne narządy bez zmian.

Badania mikroskopowe[3]) części mózgu wykazały: a) zgrubienia i zmleczenia opon miękkich przedstawiają tkankę łączną dość zbitą, jako następstwo dawniej przebytego zapalenia lub wylewów krwawych śródoponowych.

b) Mózg dość obrzękły zwłaszcza w partjach podkorowych, z nielicznemi naciekami zapalnemi w okolicy naczyń, jako sprawa ostra, pourazowa.

c) W niektórych naczyniach tętniczych o większych wymiarach *(art. basilaris cerebri)* zgrubienia i zwyrodnienia szkliste błony wewnętrznej, świadczące o bardzo wczesnym okresie miażdżycy.

d) Naczynia krwionośne w stosunku do swych wymiarów posiadają ściany cieńsze, niż to się zwykle spotyka. Badanie miejsca pęknięcia jednego z naczyń oponowych, poza wybitną cienkością ściany naczynia, żadnych zmian zwyrodnieniowych ani zapalnych nie wykazało.

Rozp. anatomiczne: Pęknięcie naczyń oponowych w zakresie płatu skroniowego lewego *(Ruptura vasorum meningealium in regione lobi temporalis sinistri).* Krwiak pod oponą twardą nad półkulą lewą i na podstawie czaszki. *(Haemathoma subdurale convexitatis sinistri et baseos cerebri).*

Na podstawie okoliczności zajścia oraz przeprowadzonej sekcji wydano następującą opinję: Przyczyną śmierci denata było pęknięcie naczyń krwionośnych opony miękkiej w lewym płacie skroniowym mózgu i wywołany tem krwotok do jamy czaszki z następowym uciskiem mózgu. Pęknięcia te powstały na skutek działania gwałtownych, silnych urazów tępych, godzących w głowę. Urazy te — jak to wynika z doniesienia — spowodowane zostały rękawicą bokserską i tem się tłumaczy brak obrażeń na skórze w miejscach odpowiadających podbiegnięciom krwawym. Sekcja oraz badanie mikroskopowe wykazały, że momentem usposabiającym do pęknięć powyżej opisanych mógł być niedostateczny rozwój narządu krążenia, cechujący się między innemi (małe serce, wąska aorta, cienka substancja rdzenna nadnercza) cienkością ścian naczyń krwionośnych, w tym wypadku żylnych.

Władze sądowe wdrożyły śledztwo przeciw H .G., przeciwnikowi denata, aresztując go nawet, oraz przeciw sędziemu, prowadzącemu starcia, jednak wobec stwierdzenia, że walka odbywała się zgodnie z regulaminem bokserskim, niedopatrzono się w powyższem zajściu cech przestępstwa i śledztwo umorzono.

Przypadek II-gi. 17. XII. 1932. w Białymstoku odbywała się walka bokserska między 23-letnim ślusarzem C. Z. a 27-letnim robotnikiem I. B. w wadze średniej. C. Z. w drugiem starciu, po jednym z prawidłowych ciosów przeciwnika (jakiego rodzaju i gdzie godził ten cios, nie można było stwierdzić) upadł, został „wyliczony“, następnie wstał i udał się na swe miejsce; sięgając po ręcznik upadł ponownie i stracił przytomność. Tętno około 60, słabo napięte. Akcja serca nieznacznie osłabiona, tony czyste. Źrenice zwężone, na światło nie reagują. Pomimo natychmiastowej pomocy lekarskiej denat zmarł w 45' po zajściu, nie odzyskawszy przytomności.

Sekcja sądowo-lekarska,[4]) przeprowadzona dnia następnego, prócz cienkości kości czaszki, obrzęku płuc oraz przekrwienia żylnego narządów gruczołowych jamy brzusznej, nie wykazała szczególnych zmian anatomicznych. Grasicy nie stwierdzono.

Po zapoznaniu się z okolicznościami zajścia oraz na podstawie przeprowadzonej sekcji znawca lekarz wydał następującą opinję (w streszczeniu): Przyczyną śmierci denata był szybki zanik działalności serca, czego wyrazem są zmiany zastoinowe w narządach gruczołowych, stwierdzone przy sekcji. Przemawia za tem i ta okoliczność, że bezpośrednio po wypadku tętno nie było przyspieszone, jak to bywa normalnie u zawodników po walce, lecz mimo stosowania energicznych środków nasercowych, stale słabło. Ten rozstrój ośrodków regulujących krwiobieg, mógł być spowodowany urazem nerwu błędnego i stale z nim funkcjonalnie złączonego nerwu sympatycznego. Uraz ten mógł być zadany w miejsca dostępne w czasie walki bokserskiej, a mianowicie w szyję lub w górną część brzucha[5]).

Te dwa tragiczne wypadki są pouczającym przykładem dwóch zupełnie odmiennych mechanizmów śmierci w boksie. Przyczyną śmierci w boksie mogą być wogóle albo uszkodzenia ważnych dla życia narządów, dające się na sekcji wykazać, albo zmiany funkcjonalne w narządach, nie dające się wykazać sekcyjnie pod postacią stwierdzalnych zmian patologicznych. Ten ostatni rodzaj śmierci, należy do t. zw. śmierci czynnościowej, powstającej wskutek ustania czynności ważnych dla życia, a wynik sekcji w tych wypadkach jest ujemny. Rozróżniamy zatem (zgodnie z innemi autorami jak F r a e n k e l 10, R o s m a r i c 11, T y r e l l 12), dwie zasadnicze grupy przyczyn śmierci:

I. Przyczyny śmierci anatomiczne i II. Przyczyny śmierci czynnościowe.

I. Śmierć z przyczyn anatomicznych:

Dotyczyć może osobników zupełnie zdrowych lub poprzednio już chorych. U tych ostatnich przyczyną śmierci może być:

a) stan patologiczny już istniejący, niezależnie od urazu;

b) pogorszenie stanu patologicznego już istniejącego, spowodowane urazem[6]);

c) uraz bez wpływu istniejącego poprzednio stanu patologicznego.

A) Urazy w głowę.

1. Złamanie sklepienia względnie podstawy czaszki ze wszystkiemi następstwami, jak krwiaki, włamania itd.

2) Pęknięcie naczyń krwionośnych: a) oponowych, b) mózgowych.

B) Urazy w inne okolice ciała:

1. W szyję (ostry obrzęk krtani).

2. Uszkodzenie narządów wewnętrznych tułowia (płuco, serce, wątroba, jelito).

II. Śmierć bez przyczyny anatomicznej.

A) Wstrząśnienie mózgu.

B) Szok. Jako śmierć wskutek szoku określa się w medycynie sądowej rodzaj śmierci czynnościowej, powstałej na skutek zaburzeń czynności ważnych dla życia (oddychanie, krążenie) ściśle związanych z układem nerwowym autonomicznym. Zadrażnienie tego układu nerwowego urazem powoduje kompleks objawów, zwanych szokiem.

---

[2]) Sekcja przeprowadzona przez Dr. Karola P i r o, Asyst. Zakładu.

[3]) Dr. Tadeusz K i e l a n o w s k i. Instytut Anat. Patolog. U. J. K. we Lwowie.

[4]) Przeprowadzona przez Dra Adama Z a b ł o c k i e g o, biegłego lekarza sądowego.

[5]) Już po przygotowaniu tej pracy do druku ukazała się w dziennikach w miesiącu październiku 1933 r. wzmianka o nowym wypadku śmierci w ringu. Co do tego wypadku, który zdarzył się w Bydgoszczy, brak narazie autorowi dokładniejszych danych.

[6]) Autorowi znany jest następujący przypadek, mający miejsce w b. r. we Lwowie. 20-letni chłopak, dotknięty chronicznem zapaleniem gruźliczem stawu biodrowego *(coxitis tbc. chronica)* brał udział w walkach bokserskich. W pewien czas (kilkanaście dni) po jednej z walk, w której miał otrzymać silniejszy cios w głowę, wystąpiły silne bóle głowy, które odnosił do wspomnianego uderzenia. Stan zdrowia pogarszał się, rozpoznano gruźlicze zapalenie opon mózgowych, stwierdzone po śmierci sekcyjnie. W wypadku tym mielibyśmy zatem do czynienia z istniejącym stanem chorobowym, który pod wpływem uderzenia uległ pogorszeniu, powodując śmierć. Ze względu na to, że nie można było dokładnie i z całą pewnością stwierdzić, że choroba ta została spowodowana ciosem bokserskim, przypadku tego nie wliczono do statystyki niżej umieszczonej.

Obok tych dwóch grup zasadniczych, wyodrębnić jeszcze można, grupę niejako pośrednią, w której nie stwierdza się sekcyjnie wyraźnych zmian anatomicznych, tłumaczących nam dostatecznie przyczynę śmierci, lecz raczej pewne cechy niedostatecznego rozwoju, będące wyrazem mniejszej wartościowości życiowej narządów, a zatem i małej odporności osobnicznej na wszelkiego rodzaju czynniki szkodliwe. Z doświadczenia lekarskiego wiemy, że stany tego rodzaju t. j. tego niedostatecznego rozwoju narządów są wyraźnym momentem usposabiającym, dla różnych rodzajów śmierci nagłej, zarówno czynnościowej jak i z przyczyn anatomicznych. Ze stanów tych wymienić należy m. in. niedorozwój narządu krążenia (małe serce, wąska aorta, cienkość ścian naczyniowych), *st. asthenicus* i niezbyt już dziś popularny *st. thymico-lymphaticus*. Oprócz tych anatomicznych stanów niedorozwoju, istnieją jeszcze stany funkcjonalnej mniejszej wartościowości narządów, nierzadko występujące u tych samych osobników, będące również wyrazem mniejszej odporności życiowej. Stany te stwierdzalne za życia mają wielkie znaczenie przy badaniu lekarskiem dla dopuszczenia kandydatów do uprawiania boksu. Wyrazem ich jest chwiejność układu nerwowego autonomicznego, ściśle związanego z najważniejszemi funkcjami organizmu (zaburzenia czynnościowe serca, naczyń krwionośnych i t. d.).

W pierwszym z opisanych przypadków przyczyną śmierci było pęknięcie naczynia krwionośnego z następowym krwiakiem międzyoponowym *(haematoma intermeningeale v. subdurale)*. W przypadku tym stwierdzono pozatem znamiona niedostatecznego rozwoju narządu krążenia, pod postacią małego serca, wąskiej aorty i cienkości naczyń żylnych, stwierdzonej mikroskopowo. Stan ten określić możemy jako wrodzoną mniejszą wartościowość narządu krążenia, będącą ważnym momentem usposabiającym do uszkodzeń tego narządu. Stwierdzone zgrubienia i zmleczenia opon miękkich, świadczące o dawniejszych drobnych wylewach krwawych lub o przebytem zapaleniu, świadczą, że już dawniej osobnik ten przechodził nieznaczne uszkodzenie naczyń oponowych; istotnie wywiady przeprowadzone w tym kierunku stwierdzają z dużem prawdopodobieństwem, że osobnik ten przed paru laty cierpiał na chorobę mózgową, będącą w związku z uprawianiem boksu. Oprócz wspomnianych zmian konstytucjonalnych, wrodzonych, momentem usposabiającym mogła być wczesna miażdżyca naczyń tętniczych mózgu. Rozpoznanie nasze zatem w tym przypadku brzmi następująco: Pęknięcie naczynia żylnego oponowego, krwiak międzyoponowy, u osobnika dotkniętego niedorozwojem narządu krążenia i początkową miażdżycą.

W drugim z opisanych przypadków nie stwierdzono sekcyjnie anatomicznych przyczyn śmierci. Przyczyną śmierci były zaburzenia czynnościowe narządu krążenia, spowodowane zadrażnieniem nerwu błędnego jednym z ciosów. Zaburzenia tego rodzaju, przebiegające z objawami opisanemi powyżej, spowodowane urazem w szczególne okolice ciała t. zw. wstrząsorodne (najzupełniej dostępne dla boksera), nazywamy w medycynie sądowej szokiem. W przypadku tym zarówno objawy kliniczne (brak natychmiastowej utraty przytomności, stan tętna i t. d.) jak i obraz sekcyjny (przekrwienie bierne narządów jamy brzusznej) uzasadniają w zupełności rozpoznanie szoku.

Wspomniany wyżej podział przyczyn śmierci w wypadkach w boksie, oparty jest na dostępnej literaturze światowej i do każdego prawie punktu tego podziału, odnieść można odpowiedni przypadek z literatury. Możliwie najdokładniejsze zestawienie przypadków dotychczas ogłoszonych w dostępnej autorowi literaturze z uwzględnieniem obu powyżej opisanych przypadków jest nadzwyczaj interesujące i przedstawia się następująco:

I. Śmierć z przyczyn anatomicznych.

Złamanie kości czaszki, 3 przyp., cyt. z Mandla (4) w tem zapewne przypadki Kohlrauscha i Fraenckla.

Pęknięcie kości skroniowej. Krwiak zewnątrz opony twardej, 1 przyp., Müller M. (13).

Krwiak międzyoponowy, 10 przyp., 2 przyp. z lit. włoskiej cyt. z Mandla (4), Kohlrausch (14), Fraenckel (10), Müller (13), 2 przyp. Muncka i Willy'ego (15), Rosmaric (11), Weiman (16), Popielski B.

Krwiak międzyoponowy na tle istniejącej choroby *encephalitis embolica* na tle *endocarditis aortae*, 1 przyp. Kohlrausch (14).

Pachymeningitis haemorrhagica na tle krwotoku; śmierć w parę tygodni po uderzeniu, 1 przyp., Wolff (17).

Ostry obrzęk krtani wskutek uderzenia w szyję, 1 przyp., Sury (18).

Pęknięcie jelita, 1 przyp., Jeske, cyt. według Wolffa (17).

Skręt kiszek *(Volvulus)*, 1 przyp., Przypadek australijski, cyt. według Fraenckla (10).

II. Śmierć bez przyczyn anatomicznych:

Szok, 4 przyp., Fraenckel (10), Tyrell (12), Spilsburg P. (22), Popielski B.

Przypadki, co do których brak dokładniejszych danych.

Wrodzona cienkość kości czaszki, 1 przyp., Braine-Ravina, cyt. według Wolffa (17).

Kiła aorty, 1 przyp., Wolff B., cyt. według Wolffa (17).

Śmierć w parę godzin po wypadku, 1 przyp., Leeds i Lonjumeau cyt. według Wolffa (17).

Zapalenie mózgu na tle grypowem. Walka zawodnika poprzednio już chorego, 1 przyp., Przypadek cyt. z prasy codziennej w lutym 1933. Śmierć Schaafa w spotkaniu z Carnerą.

Razem 32 [7]).

Według zestawienia Flinta, cytowanego przez Fraenkla (10), w Anglji zdarzyć się miało od r. 1758, 124 wypadków śmierci w boksie. Dok. nast.

Dr. Konrad FIJAŁKOWSKI, Asystent Oddziału. Lwów.

Wyniki cięcia cesarskiego sposobem Doerflera.

Z Oddziału poł.-gin. Szpitala Kasy Chorych we Lwowie.
Ordynator: Dr. Maksymiljan Seidler.

Rozwój techniki operacyjnej ostatnich czasów zmienił nasze myślenie i postępowanie położnicze, każąc nam wyżej stawiać życie płodu niż dotychczas. Stało się ono prawie równowartościowe życiu matki. Sposób postępowania położniczego, propagowanego przez Maxa Hirscha, stanowi ideał postępowania, który przy dzisiejszym stanie techniki operacyjnej daje *optimum* gwarancji bezpieczeństwa dla matki i dziecka. Stworzenie jednak warunków tych dla rodzącej, napotyka dziś jeszcze z różnych względów na znaczne trudności i niestety dziś jeszcze jesteśmy zmuszeni w przypadkach zaniedbanych poświęcić życie dziecka dla ratowania matki, gdyż jedyne, w tych wypadkach korzystne dla płodu rozwiązanie *per laparotomiam* odstrasza zbyt wielkiem ryzykiem życia matki.

Sposoby operacyjne, jak zupełne wyjęcie macicy lub cięcie Porro są znów ostatecznością, a równocześnie poważnem okaleczeniem często młodej rodzącej. Przetoka Sellheima-Veidta, cięcie Gottschalk-Portesa i inne mają w tych wypadkach duże zalety, lecz nie jest celem niniejszej pracy, rozważanie walorów poszczególnych sposobów.

Chcielibyśmy jedynie podać skąpe narazie nasze doświadczenia o cięciu sposobem Doerflera, które wykonujemy od grudnia 1932 roku. Wydaje się nam ono sposobem korzystnym, nawet jeśli się je stosuje w przypadkach znacznie zaniedbanych, przedewszystkiem prostą techniką jak i pewną asekuracją jamy otrzewnowej.

Doerfler sam wykonuje je jedynie w przypadkach bezwzględnie czystych. Wymaga on, by ciężarna conajmniej 3 tygodnie przed rozwiązaniem nie była badaną wewnętrznie. Wykonuje on cięcie brzuszne podłużne, wytacza z reguły macicę i otwiera ją jedynie ewenterowaną. Otrzewnę odpreparowuje około 2 mm nad załamkiem pęcherzowo-pochwowym, gdy asystent chwytem dłoni uciska szyję, przez co wypukla się część przodująca i wyrównuje załamek. Przebiegające ku dołowi więzadła okrągłe stanowią boczne ograniczenie cięcia. Pęcherz zesuwa na szerokość palca i mniej więcej w połowie między pęcherzem a otrzewną na ostro cięciem poprzecznem otwiera macicę. Cięcie na macicy zeszywa trójwarstwowo: mięśniówkę z mięśniówką, mięśniówkę z otrzewną i wreszcie trzecia warstwa z otrzewnej pęcherza.

Nasze postępowanie jest nieco odmienne.

Wykonujemy cięcie brzuszne podłużne. Macicę wytaczamy jedynie w przypadkach nieczystych, przez co nie jesteśmy zmuszeni do tak dużego cięcia w powłokach, jakie czyni Doerfler. Jamę otrzewnową izolujemy kompresami gazowemi tak, że wydostanie się wód płodowych do jamy otrzewnowej jest niemożliwe,

---

[7]) Autor zdaje sobie sprawę z tego, że w zestawieniu tem nie znalazły się niestety, wszystkie przypadki dotychczas ogłoszone w literaturze światowej. Brak w niem zapewne szeregu przypadków (w szczególności z literatury angielskiej, włoskiej, rosyjskiej i amerykańskiej) nie cytowanych w dostępnej autorowi literaturze. Niemniej przeto na podstawie tego zestawienia można wyciągnąć szereg, słusznych wniosków, tyczących się częstości występowania poszczególnych przyczyn śmierci.

co tem łatwiej da się uskutecznić, że z reguły pęcherz przed zabiegiem przebijamy. Otrzewną odpreparowujemy i odsuwamy pęcherz moczowy w ten sam sposób, jak Doerfler. Przy otwarciu jamy macicy szyi nie uciskamy. Macicę otwieramy czyniąc nożem poprzeczny otwór w szyi wystarczający do wprowadzenia dwu palców i rozszerzamy je na tępo sposobem Gepperta. Początkowo wykonywaliśmy je poprzecznie, jednak w następnych przypadkach cięcie półkoliste wydało nam się racjonalniejsze i bardziej fizjologiczne, w czem znaleźliśmy ostatnio potwierdzenie i uzasadnienie w pracy Fuchsa i Goerttlera. Rozszerzamy więc cięcie na tępo półkolisto ku górze tak, że przy trudnościach wydobycia części przodującej można je rozszerzyć omijając nasadę więzadeł okrągłych, ewentualne zaś pęknięcie mięśnia nie spowoduje zranienia gałęzi tętnicy macicznej. Część przodującą wytaczamy ręcznie lub dźwignią Sellheima. Trudności w wytaczaniu dotychczas nie mieliśmy. Z reguły nie operujemy na ciężarnej macicy, lecz staramy się przeczekać okres rozszerzenia się dolnego odcinka. Po urodzeniu płodu domaciczny zastrzyk hipofizyny z ergotyną. Po usunięciu łożyska sposobem Crédego lub ręcznie, macicę wyłyżeczkowujemy. Szew na macicę wykonujemy ciągły trójwarstwowy.

Rozporządzamy dotychczas obserwacjami 42 przypadków cięć cesarskich tym sposobem wykonanych. W tem 17 własnych oraz 25 Dr. Kozłowskiego, Dyrektora Szpitala w Drohobyczu, których nam do opracowania uprzejmie użyczył i który pierwszy w Polsce cięcie tym sposobem wykonał.

Wykonaliśmy 10 cięć u pierwiastek oraz 7 u wieloródek.

Wskazaniem naszem był niestosunek porodowy 10 razy, jedno przedwczesne odklejenie się łożyska, jeden wypadek rzucawki porodowej, 4 łożyska przodujące wreszcie 1 raz wskazaniem była rozpoczynająca się śródmaciczna zamartwica płodu i życzenie żywego dziecka.

Pęcherz płodowy przebito przed zabiegiem 9 razy, w 8 przypadkach wody odeszły w 10—38 godzin przed zabiegiem operacyjnym.

W następstwie zabiegu operacyjnego straciliśmy 2 przypadki. Jeden wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc po narkozie eterowej, drugi na rozlane zapalenie otrzewnej. Ten ostatni przypadek mógłby obciążyć zabieg.

Wskazaniem w tym przypadku było łożysko przodujące środkowe. U pacjentki tej po operacji nie udało się w żaden sposób pobudzić ruchów robaczkowych jelit i w piąty dzień nastąpiło zejście śmiertelne. Autopsja wykazała rozlane zapalenie otrzewnej, przyczem nie można było znaleźć punktu wyjścia zakażenia. Sprawę tę można tłumaczyć bądź jako wychodzącą z narządu rodnego, co jest o tyle mało prawdopodobne, że przypadek był czysty, nie gorączkujący, a wody przed zabiegiem operacyjnym nie odeszły. Raczej należałoby więc przyjąć zakażenie z przewodu pokarmowego, skąd przy zniesionych ruchach robaczkowych i wzmożonem gniciu śródjelitowem łatwe było przejście zakażenia na otrzewną.

Z przypadków Dr. Kozłowskiego 18 cięć wykonano spowodu niestosunku porodowego, 4 spowodu rzucawki porodowej, łożyska przodującego dwa, oraz jedno spowodu guza wklinowanego w zatokę Douglasa, stanowiącego przeszkodę w rozwiązaniu *per vias naturales*. 4 chorych zmarło wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc, jeden spowodu niedomogi mięśnia sercowego przy współistniejącej nefropatji. Żaden więc z przypadków nie obciąża zabiegu operacyjnego, jako takiego, co jest tembardziej godnem podkreślenia, że wśród przypadków rozwiązanych tą drogą w Drohobyczu były przypadki zaniedbane, zakażone i wysoko gorączkujące.

Cztery z nich pokrótce przedstawimy.

I. Pierwiastka M. G. lat 25, rodząca od 2 dni. Niestosunek porodowy. *Hydrocephalus foetus. Ruptura uteri imminens.* Ciepłota 38°. Wykonano cięcie sposobem Doerflera. Przebieg pooperacyjny powikłany bronchopneumonją. W 18 dni zdrowa opuściła szpital.

II. Pierwiastka A. Cz. lat 40. Czynność porodowa rozpoczęła się od poprzedniej doby. Wody odeszły przed kilkoma godzinami. *Pelvis plana rachitica. Conjugata diagonalis 7.* Ciepłota 37,5°. Badaniem stwierdzono wypadnięcie pępowiny. Płód żywy. W 15 dniu po zabiegu zdrowa opuściła szpital.

III. Wieloródka K. Ł. lat 28. Pierwszy poród ukończony wymóżdżeniem płodu. Rodzi od 3 dni. Badaniem stwierdzono miednicę płaską, wypadnięcie rączki lewej. Po wykonaniu cięcia w 20 dniu opuściła szpital zdrowa.

IV. Wieloródka E. D. lat 30. Pierwszy poród siłami przyrody, płód nieżywy. Obecnie rodzi od 2 dni. Badaniem stwierdzono *pelvis plana rachitica, prolapsus manus, ruptura uteri imminens.* W 34 dniu po operacji zdrowa ze zdrowem dzieckiem opuściła szpital.

Główną zaletą cięcia poprzecznego w dolnym odcinku jest przedewszystkiem łatwość pokrycia go otrzewną pęcherza, który izoluje je w zupełności od jamy otrzewnowej. Cięcie podłużne niezawsze wystarczające trzeba czasem przedłużyć i to najczęściej w trzonie, czyli jak się Stoeckel wyraża w samem środku jamy otrzewnowej. Zapewne, można je według tego autora przedłużyć ku dołowi, przecinając nawet pochwę, lecz powstają tu trudności techniczne, których chętnie unikamy, gdy czas nagli. Oczywiście i cięcie zachodzące częściowo na trzon można pokryć otrzewną pęcherza, jednak to podciągnięcie stwarza stosunki niefizjologiczne dla pęcherza moczowego, a napięta otrzewna nie stanowi tak pewnego uszczelnienia dla linji szwu na mięśniu.

Dalszym ważnym momentem jest znacznie mniejsze krwawienie przy operowaniu w szyi i nawet bez ucisku ręką. Kraul podnosi tu przebieg poprzeczny naczyń w szyi, jednak według Goertlera twierdzenie to jest niezupełnie słuszne. W każdym razie poprzeczne półkoliste cięcie dolnego odcinka jest bardziej fizjologiczne, gdyż w znacznie mniejszym stopniu przerywa ciągłość włókien mięsnych niż cięcie podłużne, a w swoich półkolistych zakończeniach przebiega według Fuchsa i Goerttlera w 50% równolegle do włókien mięsnych. Możność zranienia włókien zmniejsza się znacznie przy tępem rozszerzaniu cięcia.

Tausch podnosi niebezpieczeństwo dalszego pęknięcia cięcia, opisując przypadek znacznego krwotoku ze zranionych w ten sposób tętnic macicznych. Niebezpieczeństwa takiego unika się doskonale wykonując cięcie półokrągłe. Przy cięciu zaś podłużnem i dalszem pęknięciu ku dołowi istnieje poważne niebezpieczeństwo uszkodzenia pęcherza moczowego.

Z dalszych następstw ważnem jest wytrzymałość blizny obciążonej nowemi porodami, i to całą pracą porodową. Tu narazie rozważania nasze mogą być li tylko teoretyczne.

Wetterwald podaje 3% pęknięć blizny w odcinku dolnym. Jest to w porównaniu z 25% według Hollanda w tych samych warunkach powstałych blizn trzonu macicy mało, ale mimo wszystko, jak słusznie Fuchs podnosi, dużo. Może właśnie w cięciu poprzecznem dolnego odcinka leży droga zmniejszenia się tego odsetku. Wytrzymałość blizny ściśle jest związaną z procesem gojenia się rany, a warunkiem optymalnym gojenia się ran jest unieruchomienie tkanki zranionej. I tutaj rana w dolnym odcinku ma najlepsze warunki, będąc w znacznie mniejszym stopniu przemieszczaną przez zwijającą się macicę niż w trzonie. Ma to szczególnie doniosłe znaczenie w przypadkach zakażonych, gdzie nie przychodzi do zlepienia się brzegów przez rychłozrost i gdzie w szyi w znacznie mniejszym stopniu przychodzi do przemieszczenia brzegów rany w czasie gdy szew obojętnie węzełkowy czy ciągły, pod wpływem zwijania się macicy ulega rozluźnieniu. Tu znów należy podnieść przewagę cięcia poprzecznego, które przy obkurczaniu się macicy, gdy *punctum fixum* leży w dole, czyli obkurczanie idzie od góry ku dołowi, ulega pomniejszeniu w przeciwieństwie do cięcia podłużnego. Dużą zaletą w tym wypadku ma rozszerzanie cięcia na tępo, półkolisto, gdyż przerwane włókna mięsne kurczą się a odnowienie następuje już tkanką łączną.

Wreszcie biorąc pod uwagę możliwość zrostów, możemy ją przy tym sposobie zupełnie wykluczyć.

Wszystkie te zalety czynią tę metodę godną polecenia. Zalety tego cięcia podnosi z polskich autorów Szymanowicz, z obcych Helferich, Kraul, Jaschke, Schroeder, Geppert, Fuchs, D'Acierno, Pellegrino. W wielu przypadkach zakażonych stanowi ona metodę wyboru i konieczne są dalsze doświadczenia w tym kierunku. O ile sądzić można z naszego skąpego narazie materjału, można w tym kierunku rokować duże nadzieje.

Ostatnio przeprowadzamy badanie nad jałowością jamy macicy, względnie zakażeniem jej w przypadkach nieczystych i sądzimy, że tym sposobem będzie można uzyskać porównanie omówionej metody z metodami jak cięcie Portesa, przetoki Sellheima i t. p. co do jego wartości w unikaniu pierwotnego i wtórnego zakażenia otrzewnej.

Piśmiennictwo:

Dr. Heinrich Doerfler: Ueber den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt. J. F. Lehmans Verlag, München, 1929. — Tenże: Arch. f. Gynäk. 149. Arch. f. Gynäk. 147. — D'Acierno, Pellegrino: Amer. J. Obstr. 23. 821—832. 1932. — H. Fuchs: Zbl. f. Gynäk. 43, 1933. — F. Geppert: Zbl. f. Gynäk. 1932. 2362—2364. — R. Hornung: Münch. med. Wochschr. 1929. II. 1586—1590. — L. Kraul: Zbl. f. G. Nr. 7. 1933. — J. Szymanowicz: Pol. Gaz. Lek. Nr. 22. 1933. — Wetterwald: Zbl. f. G. 1926. Nr. 10. — M. Seidler: Pos. Lwow. Tow. Gin.

Pol. 1933. — M. Helferich: Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gynäk. 98 Sitz. M. f. G. u. G. Bd. 94. IV. 1933. — v. Jaschke: Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gynäk. 98 Sitz. M. f. G. u. G. Bd. 94. IV. 1933. — Schroeder: Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gynäk. 98 Sitz. M. f. G. u. G. Bd. 94. IV. 1933. — Tausch: Mittelrheinische Ges. f. Geb. u. Gynäk. 98 Sitz. M. f. G. u. G. Bd. 94. IV. 1933.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Prof. Dr. Ksawery LEWKOWICZ. Kraków.

Dążenia do reformy studjów lekarskich we Francji. — Matura klasyczna jako podstawa, ale równocześnie lepsze przygotowanie matematyczne.

We Francji toczy się od kilku lat żywa dyskusja na temat reformy studjów lekarskich, a przygotowania do niej dobiegają już końca. Zapoznanie się ze stosunkami, jakie tam dotąd istniały, i z prądami, które się przy dążeniu do reformy zaznaczyły, może być dla nas pouczające, gdyż otrzymamy tą drogą niejedną cenną wskazówkę także dla naszych stosunków. Potrzebę reformy odczuwa się zresztą wszędzie, a nawet Liga Narodów podjęła studja porównawcze nad sposobami nauczania medycyny w różnych krajach (Roussy) (1).

Przygotowanie w szkołach średnich. Ruch za naukami klasycznemi.

We Francji — podobnie jak u nas — do końca zeszłego wieku tylko matura klasyczna, *baccalauréat ès lettres* z łaciną i greką, otwierała wstęp do uniwersytetów, m. i. także na wydziały lekarskie. Od r. 1890, jak to przypomina L. Blum, rozpoczęło się podkopywanie klasycyzmu w szkolnictwie średniem naprzód przez stworzenie „nauczania nowoczesnego", które miało mieć dwie sprzeczne zalety: ulżyć leniuchom i wyrabiać umysły dystyngowane zapomocą języków żywych. Przyszły następnie usiłowania, żeby zrównać w uprawnieniach maturę matematyczno-przyrodniczą *(b. ès sciences)* z klasyczną. W r. 1896 uratował klasycyzm Jaurès, znany przywódca socjalistów francuskich, wskazując, że żądane zrównanie uprawnień będzie śmiercią nauczania klasycznego, które oczywiście zniknie wyparte przez nauczanie łatwiejsze tak, jak w obiegu pieniężnym pieniądz zły wypiera dobry; burżuazji pozostałby wtedy tylko gruby prestiż posiadanych pieniędzy, a straciłaby nimb szlachetnej kultury. To ostrzeżenie sprowadziło opamiętanie. Gdy jednak w r. 1901 Wilhelm II. po 10-letniej walce z uniwersytetami przeparł w Prusiech reformę nauczania średniego, przyczem wszystkie wprowadzone wtedy cztery typy szkół średnich otrzymały równe uprawnienia, Francja poszła natychmiast za tym przykładem — w Sorbonie, siedzibie paryskich wydziałów nauk ścisłych, literatury i teologji, grasować miała wtedy germanomanja — i wprowadziła w szkolnictwie średniem cztery równouprawnione typy, mianowicie obok *„la section A"* grecko-łacińskiej, czyli klasycznej, sekcje B (łacina i języki nowoczesne), C (łacina, matematyka, przyroda) i D (matematyka, przyroda, języki żywe). Trzy ostatnie otwarły na oścież wrota do wyższych zawodów dla wszelkich stopni niezdolności i lenistwa. Pobudka do reformy była oczywiście w obu wypadkach różna. Wilhelm II. dopatrywał się w demokratycznym duchu, panującym w literaturze klasycznej jakiegoś zagrożenia dla swych rządów, we Francji nauczanie klasyczne uchodziło znów za instytucję burżuazyjną, stanowiącą zaporę dla ludu w zdobywaniu wyższych stanowisk w państwie; toteż dążono do jego zniszczenia. Posunięto się tu nawet do tego, że udostępniono uniwersytety — z wyjątkiem wydziałów prawa, które potrafiły się obronić — uczniom z ukończoną wydziałówką, a więc wyższym typem szkoły powszechnej i przeprowadzono ujednostajnienie szkolnictwa średniego (*„Ecole unique"*), co w konsekwencji doprowadziło do obniżenia wymagań do poziomu najniższego, bo tylko w ten sposób można było z łatwością osiągnąć idealną „równość". Wielki wpływ w przeprowadzeniu tych reform miał napór zorganizowanych mas nauczycieli szkół powszechnych. A więc, *tout comme chez nous!*

Z biegiem czasu dawały się odczuć coraz bardziej ujemne skutki tej reformy. Nastąpiło mianowicie ogólne obniżenie poziomu nauczania średniego, wartości matur, a w dalszem następstwie także dewaloryzacja szkolnictwa wyższego, gdyż wszystko musiało się dostosować do najmniej uzdolnionych, zalewających masami szkoły. O wiele ważniejszy jest jednak drugi skutek, wprost wielkie niebezpieczeństwo socjalne: inflacja dyplomów i wyrzucanie rokrocznie coraz większej ilości zaopatrzonych niemi młodych ludzi na bruk bez zajęcia. Skutek ten dał się odczuć bardzo wyraźnie zarówno we Francji jak w Niemczech (Blum), a podobne stosunki istnieją także u nas.

Ruch za powrotem do klasycyzmu ma więc dwa źródła. Przedewszystkiem chodzi o podniesienie poziomu intelektualnego uczniów i słuchaczy. Energiczną kampanję prowadził na tem tle w Senacie francuskim prof. Debierre, a znów w prasie profesorzy Sergent i Marfan. Roux, niedawno zmarły dyrektor Instytutu Pasteurowskiego, przyłączając się całkowicie do stanowiska Marfana, podnosi w liście wystosowanym do tego wybitnego pedjatry, jak bardzo się od roku 1900 obniżyła jakość pracowników Zakładu: nawet niewątpliwie utalentowani nie umieją zredagować artykułu naukowego, niema u nich porządku w kompozycji, używają niewłaściwych terminów i t. d. Roux dochodzi do wniosku: „Jeżeli nie powrócimy do dawnej matury klasycznej, nie będzie już elity we Francji". Wypowiadając podobne zdanie jak Roux co do obniżenia się kultury słuchaczy Marfan (1) w wywiadzie z Mordagne'm (3) przypomina, że sławny chemik niemiecki, Liebig, jako młody profesor był przekonany o zbyteczności nauk klasycznych dla chemików i lekarzy. Lecz cztery lata przed śmiercią oświadczył on: doświadczenie w mojem laboratorjum dowiodło mi, że uczniowie ze szkół realnych (matematyczno-przyrodniczych) mają w pierwszym roku przewagę nad pochodzącymi z gimnazjów klasycznych, w drugim roku są im równi, a w trzecim są od nich niżsi.

Akcja polityczna rozpoczęła się w roku 1922 uchwaleniem przez Radę Wydziału lekarskiego w Paryżu 20 głosami przeciw 10 rezolucji prof. Marfana, oświadczającej się za obowiązkową maturą klasyczną dla słuchaczów medycyny (Mordagne (1 i 2)). Minister oświecenia publicznego, L. Bérard, który zresztą już w roku 1921 zapowiedział wniesienie projektu przywracającego studja klasyczne, odczytał tę rezolucję w Izbie deputowanych, wywołując wielkie wrażenie. Po długich debatach w ciągu roku 1922 i 1923, mimo żywej opozycji lewicy projekt został zaaprobowany, jednak kilka miesięcy później pierwszą troską kartelu lewicowego, który wtedy doszedł do władzy, było zniesienie dekretu z 8. V. 1923 (Blum).

Drugi motyw, to dążność do zmniejszenia nadmiaru lekarzy *(pléthore médicale)* i związanej z nim ich pauperyzacji. Tem m. i. tłumaczy się, że lekarze praktyczni, zatem ludzie, których większość, jak to z przekąsem podnoszono ze strony filologów (Merklen), nie umie sama ani słowa po grecku, oświadczyli się w roku 1930 przez ogólne zebranie swych syndykatów jednomyślnie za przygotowawczą nauką klasyczną i bronią tego stanowiska z niebywałym zapałem i energją. Zupełnie podobną akcję prowadzi Zrzeszenie korporatywne studentów medycyny (Mordagne (1)).

Referendum urządzone przez syndykaty lekarskie wśród profesorów dało według Mordagne'a (4) następujące wyniki: 130 głosów na 318, w których była jasna odpowiedź, opowiedziało się za maturą klasyczną *(baccalauréat A* według nowego podziału obejmuje: j. francuski, łacinę, grekę, 1 język żywy, nauki ścisłe), 119 głosów za wolnym wyborem między A i A' (A': j. francuski, łacina, 1 jezyk żywy, nauki ścisłe), 69 głosów za wyborem między A, albo A' lub też B (B: nauki ścisłe, j. francuski, 2 języki żywe). W Paryżu na 55 odpowiedzi jedna tylko oświadczyła się za maturą B (prof. Roger?).

Obawy, że lichy typ szkoły wyprze zupełnie dobry, sprawdziły się tylko w okresie, który nastąpił bezpośrednio po reformie z roku 1902. Rzeczywiście, kiedy minister L. Bérard w r. 1921 zapowiedział, że będzie dążył do odrodzenia nauczania klasycznego, w 372 gimnazjach francuskich było tylko 481 uczniów w sekcji łacińsko-greckiej na ogólną ilość 8152, zatem 5.9% (Blum). W ostatnich latach jednak stosunki zasadniczo się zmieniły. W następstwie walki o klasycyzm, zapoczętej w parlamencie i prasie „otwarły się oczy rodzicom" i jak to określił L. Bérard „plebiscyt dokonał się" niedwuznacznie na korzyść gimnazjum klasycznego. Jak wynika ze statystyki, którą dostarczyło francuskie Ministerstwo Oświecenia senatorowi Héry, w latach 1930—1932 dopływ uczniów do sekcji klasycznej A jest z roku na rok coraz większy. W klasie najniższej t. j. 6-tej, gdzie jeszcze greka, podobnie jak w 5-tej nie jest objęta programem, przypada w roku 1932 11.730 uczniów sekcji A na 3.394 sekcji B (bez łaciny). W klasie 4-tej, pierwszej z greką, jest 3.078 uczniów sekcji A, 2.790 sekcji A' (łacina bez greki) i 3.180 sekcji B (bez łaciny i greki). W klasach wyższych sekcja A obniża się liczbowo szybko i obejmuje w klasie 1-szej (najwyższej) tylko 1.175 uczniów, w czem oczywiście wyraża się nieliczne zapisywanie się do tej sekcji jeszcze pięć lat, czy raczej dwa lata temu (Mordagne (5)).

Zdaje mi się jednak, że Mordagne (5) podlega złudzeniu mówiąc: „ojcowie rodzin zrozumieli, że należy ratować cywilizację gallicko-rzymską i posyłają dzieci do klas grecko-łacińskich". Pobudka jest chyba niewątpliwie bardziej prozaiczna: rodzice poważnie muszą się liczyć z faktem, że kampanja za klasycyzmem może mieć powodzenie, a w takim wypadku abiturjenci z maturą A będą mieli największe szanse w życiu.

W każdym razie wynik tego „plebiscytu" może być wyzyskany na tereme politycznym. Niejakim sukcesem było tu wsunięcie do prawa Armbrustera — znoszącego różne „równoważności" studjów i egzaminów, ułatwiające dotąd we Francji obcokrajowcom otrzymywanie państwowego dyplomu lekarskiego — przez prof. Debierre'a artykułu VII, wprowadzającego obowiązkową maturę A dla słuchaczy medycyny. Prawo to zostało jednomyślnie przyjęte przez Senat (Mordagne (1)), ale Izba deputowanych zamputowała artykuł VII, niewątpliwie w następstwie nacisku, jaki wywarły na nią Wydziały nauk ścisłych, którym nie mogło być na rękę ograniczenie uprawnień maturzystów B, a także wskutek interwencji Konfederacji pracowników intelektualnych (Mordagne (2)). Senat uchwalił po raz wtóry omawiane prawo, oddzielając — a więc nie odrzucając — sporny artykuł, który w przyszłości ma być traktowany oddzielnie (Jayle (1), Mordagne (5)), poczem zostało ono przyjęte przez Izbę deputowanych 20. IV. 1933 (Jayle (2)). W ten sposób jednak akcja za obowiązkową maturą klasyczną nie osiągnęła na razie zamierzonego celu.

Ruch za pogłębieniem przygotowania matematycznego.

Uczony świat francuski nie jest zresztą wcale jednomyślny co do potrzeby przygotowania klasycznego dla słuchaczów medycyny. Można przytoczyć wiele bardzo poważnych głosów oświadczających się za pogłębieniem przygotowania matematycznego, które u wielu słuchaczy okazuje się zupełnie niewystarczające dla umożliwienia im zrozumienia wielu ważnych zagadnień. I tak ówczesny dziekan Wydziału lekarskiego paryskiego, Roger (1), omawiając książkę Flexner'a, w której ten wybitny bakterjolog amerykański poddaje francuski system nauczania medycyny krytyce często surowej, ale przynajmniej w pewnych szczegółach dość dobrze usprawiedliwionej, oświadcza, że się z nim zgadza co do konieczności wymagania od kandydatów do studjów lekarskich matury matematyczno-przyrodniczej *(baccalauréat ès sciences; „sciences"*, nauki ścisłe obejmują bowiem matematykę, fizykę i przyrodę), a nie jest wcale przekonany o wyższości matury klasycznej. Wypowiada się on także za tem, żeby w roku przygotowawczym, P. C. N., o którym później, dorzucić kurs matematyki i żeby nauczanie przygotowawcze pogłębić *(intensifier)* i przedłużyć na całe trwanie studjów, „gdyż, jak podnosi, matematyka opanowuje *(les mathématiques envahisent)* coraz bardziej biologję, a jej znaczenie może się w przyszłości tylko powiększać. Zauważyłem często, mówi, że nasi słuchacze okazują jej zbyt mało zaciekawienia. Nie potrafią zrozumieć wiadomości najelementarniejszych. Gdy się im wykłada o fermentacjach i obrazuje przebieg sprawy wykresem, gdy się wprowadza wzory logarytmiczne, wyrażające dziś wiele zjawisk biologicznych, wszyscy słuchacze lub prawie wszyscy przestają notować i spoglądają z bolesnem zdumieniem na profesora, który mówi do nich językiem niezrozumiałym dla większości". Z własnych doświadczeń mogę to spostrzeżenie w zupełności potwierdzić. Lekarstwem na te niedomagania miałaby być według Rogera matura matematyczno-przyrodnicza, jako zawierająca dostateczną ilość materjału filozoficznego, a dostarczająca słuchaczom wiadomości najwięcej im potrzebnych: ona więc powinna być wstępem do studjów biologicznych i lekarskich.

Zbliżone stanowisko zajmuje dziekan Wydziału lekarskiego strassburskiego, Merklen. Z zestawienia, które uskutecznił z dwóch lat szkolnych, wynikło, że słuchacze z maturą klasyczną nie odróżniają się wcale na korzyść od swych kolegów. Podnosi on, że „minęły te czasy, kiedy klinika wystarczała do wszystkiego.... Bez solidnego zasobu wiadomości z nauk ścisłych jest niemożliwe nietylko uczestniczyć w bieżącej orjentacji lekarskiej, ale nawet jej rozumieć". A przecież najmniejszą rzeczą którą się musi wymagać to to, żeby klinicysta pojmował znaczenie badań laboratoryjnych. „Jest to nieuchronne *(inéluctable)* i będzie się stawać coraz bardziej nieuchronnem. Musimy się dostosować do wymagań życia, które idzie naprzód".

Nie zaprzeczając wartości nauk klasycznych uznaje tę nieuchronną konieczność także Desfosses. Mówi on: „Bezsprzecznie lekarz dzisiejszy i jutrzejszy powinien być uczonym *(un savant)*... Każdy kandydat do studjów lekarskich powinien więc mieć gruntowne przygotowanie z nauk ścisłych, co oznacza, w mojem pojmowaniu, wykształcenie matematyczne conajmniej równe temu, które otrzymują przyszli inżynierowie, gdyż ci mają ostatecznie do rozwiązywania zagadnienia o wiele mniej zawiłe niż zagadnienia biologiczne".

Choćbyśmy nawet byli zdania, że Desfosses posuwa się tu zadaleko, o ile chodzi o lekarza praktycznego, to musimy się wszyscy zgodzić na te wymagania, gdy lekarz ma być czynny naukowo.

Merklen kończy swój artykuł następującym ustępem: „Medycyna przyszłości należeć będzie do narodów, które się najwięcej przyczynią do jej postępu; otóż, wszelkie odkrycie ważne urzeczywistniać się będzie w coraz większej mierze tylko na drogach nauk ścisłych".

Może być istotnie rzeczą wprost tragiczną, jeżeli lekarz, nie posiadający tego niewzruszonego podkładu naukowego, a mający wysokie aspiracje, zacznie z zupełną beztroską operować cyframi, liczbami ogólnemi i wzorami matematycznemi. Gdy się w jednym wypadku w ten sposób odsłoni, musi się raz na zawsze utracić wszelkie zaufanie do jego badań. Nie wystarcza bowiem przecież, żeby autor dał sobie poprawić przez matematyka gotowy artykuł i usunął w ten sposób z niego uchwytne błędy. W całym toku badania musi się on ustawicznie posługiwać rachunkami, sprawdzać je sam i kontrolować niemi swoje wnioski. Jako ilustrację, do czego mogą prowadzić braki w wykształceniu i uzdolnieniu matematycznem, przytoczę jeden jedyny, ale zato dostatecznie jaskrawy przykład. Autor — *nomina sunt odiosa* — zastanawiając się nad sprawnością krążenia, podaje na czas obiegu krwi wzór z całą masą krwi, M, w liczniku, a wyrzutnością skurczową, Ws, w mianowniku, nie zdając sobie sprawy z tego, że jest to nie czas obiegu, ale ilość uderzeń tętna potrzebna do dokonania jednego obiegu. Chcąc z niej otrzymać czas obiegu krwi, musimy ją pomnożyć przez trwanie jednej ewolucji sercowej, t. j. przez 1/p (p, ilość tętna na minutę) minut, lub przez 60/p sekund. Przeoczenie autora mogło powstać tylko dlatego, że wartość 60/p" zbliża się do jednostki. Autor, obliczając później pewne wartości przy pracy mięśniowej, nietylko zastosowuje powyższy błędny wzór na czas obiegu, ale układa w sposób zupełnie nieprawidłowy proporcję, w której po stronie prawej są czasy obiegu: jeden wrzekomo znany w spoczynku, drugi poszukiwany przy pracy, a po stronie lewej wyrzutność minutowa czyli przepływ minutowy krwi przy pracy, ale jako drugi człon nie wyrzutność minutowa w spoczynku, lecz cała ilość krwi w ustroju. Znaną mu już wyrzutność minutową oblicza na tej drodze na nowo i otrzymuje dla niej nową, znacznie wyższą wartość, a w rezultacie dla wyrzutności skurczowej otrzymuje liczbę trzy razy większą od tej, którą daje wyliczenie poprawne.

Przykład powyższy dowodzi chyba jasno, jak bardzo może chromać wykształcenie teoretyczne lekarza, ale także jego czynność praktyczna, zwłaszcza naukowa, bez odpowiedniego podkładu matematycznego. Nawet najbardziej zagorzali zwolennicy wykształcenia klasycznego we Francji, jak np. Marfan (2), podnoszą też, że prócz niego słuchacz musi posiadać solidny „bagaż" nauk ścisłych. Chociaż Merklenowi nasuwają się pod tym względem pewne wątpliwości, oba te wymagania dadzą się zresztą z łatwością pogodzić, o ile chodzi o uczniów zdolnych, a tylko tacy powinni być dopuszczani do matury i przechodzić przez nią. Uczeń zdolny, jeżeli tylko uważa na godzinach nauki, nie potrzebuje się wcale przygotowywać z matematyki, a także z fizyki niewiele; przedmioty te zatem, choćby były traktowane w gimnazjach klasycznych obszernie, nie będą stanowiły dla niego żadnego obciążenia, raczej przyjemną zabawę, podobnie jak szachy lub inna gra kombinacyjna. Że te dwa kierunki wykształcenia ogólnego rzeczywiście wcale się nie wyłączają, dowodziłby wynik ogólnego konkursu gimnazjów państwowych *(lycées)* i gminnych *(collèges)* we Francji w roku 1932, gdyż pierwsze nagrody z matematyki i fizyki przyznano w nim dwom uczniom sekcji A, zatem łacińsko-greckiej (Mordagne (6)). Wynik ten zrozumiemy, jeżeli zważymy, że program matematyczno-przyrodniczy jest identyczny we wszystkich sekcjach, a tem samem, że sekcja A jest najbardziej wszechstronna i że nadaje się ona najlepiej dla zdolnych uczniów, gdy tymczasem mniej uzdolnieni od niej oczywiście stronią (Mordagne (5)). Jeszcze jedno zasługuje na uwagę a mianowicie wyższość matematyki, gdy chodzi o ocenę zdolności ucznia. Leży ona w tem, że przedmiot ten nie może być „obkuty", a w każdym razie uczeń tylko w nieznacznej mierze może zasłonić brak uzdolnienia pilnością, posługiwaniem się t. zw. brykami, czy innemi podobnemi sztuczkami, gdyż każde nowe zadanie braki jego z łatwością wykryje.

Nie mogę tu jednak pominąć jednej uwagi. Szkoła nowoczesna dąży do wyrobienia w uczniu jak największej samodzielności w spostrzeganiu i wnioskowaniu. Większość jednak naszych uczniów robi wszystko możliwe, żeby jakiegokolwiek wysiłku w tym kierunku uniknąć. Stosuje względem zdolniejszych kolegów niebywały teror, zmuszając ich do podpowiadania, do dostarczania rozwiązań zadań domowych i szkolnych celem odpisywania i do tolerowania różnych kłamstw i podstępów wobec nauczycieli. Dzieje się to w ciągu trwania całego gimnazjum, a na wielką skalę także przy maturze. Jako jaskrawy dowód przytoczę znany mi ponad wszelką wątpliwość fakt, że jeden z uczniów przyniósł ze sobą na ten egzamin arkusz hektograficzny Pelikan; nietylko rozwiązał z łatwością zadanie matematyczne, ale rozwiązanie — mimo obecności na sali dozorujących profesorów — zdołał odbić w kilkunastu egzemplarzach i odbitki rozesłać w postaci zwiniętych kulek po klasie. W rezultacie tylko około 1/3 abiturjentów rozwiązała zadanie samodzielnie, reszta nie czuła się na siłach i wolała odpisać. Można sobie łatwo wyobrazić, jakie jest wykształcenie matematyczne uczniów przy takim „systemie". Jeżeli jest w tem wina uczniów, którzy z własnego popędu nie chcą się niczego nauczyć, to jeszcze większa nauczycieli, gdyż, o ile nauczyciel jest wymagający i nie da się oszukiwać, to uczniowie się do tego szybko dostosowują.

Do obniżenia poziomu intelektualnego tak uczniów gimnazjalnych, jak i słuchaczy szkół wyższych, których większość wykazuje brak wszelkiego zainteresowania intelektualnego i wszelkiej inicjatywy, przyczynia się niewątpliwie w dużej mierze kino, radjo i „opętanie sportem" *(obsession du sport)*, gdyż wszystko to rozprasza uwagę i zabiera zbyt wiele drogiego czasu (Mordagne (4)).

Rok wstępny: P. C. N.

Adepci medycyny przepędzają we Francji jeden rok na wydziale nauk ścisłych. Uczą się w tym roku (P. = *physique*, C. = *chimie*, N. = *sciences naturelles)* fizyki, chemji i nauk przyrodniczych, a po zdaniu egzaminów otrzymują świadectwo: *certificat du P. C. N.*, które ich uprawnia do wstąpienia na medycynę. Podnosiły się od dawna głosy, że nauka tego P. C. N. nie jest dostosowana do potrzeb medyka i przyszłego lekarza. Obecnie na podstawie porozumienia wydziałów lekarskich i wydziałów nauk ścisłych ma nastąpić przekształcenie P. C. N. na P. C. B., t. j. nauki przyrodnicze, N, mają być zastąpione naukami biologicznemi. Jako wstęp do fizyki ma być prócz tego zorganizowany 12-godzinny kurs matematyki. Zresztą P. C. B. jak dotychczasowy P. C. N. pozostaje jako wspólny rok przygotowawczy nietylko do medycyny, ale także do nauk biologicznych i przyrodniczych (Roussy (4)).

Jak widzimy, reforma nie idzie tak daleko w kierunku kształcenia matematycznego słuchaczy, jak to proponował Roger (1). A jednak wartoby się zastanowić, czyby nie było odpowiedniem zorganizowanie dla słuchaczy medycyny choćby nieobowiązkowych całorocznych kursów z matematyki, podobnych do tych, jakie mają przyrodnicy, gdyż potrzeba takiego dokształcenia dla lekarza, przynajmniej dla lekarza-naukowca, nie jest wcale mniejsza niż dla przyrodnika.

Właściwe studja lekarskie.

Od pierwszego roku medycyny słuchacz obowiązany jest we Francji odbywać praktykę *(stage)* w klinikach lub szpitalach. Ten właśnie punkt programu atakował między innemi ostro Flexner, podnosząc głównie zupełny brak przygotowania młodych słuchaczy. Jak Roger (1) odpowiada, krytyki te nie mogą się ostać wobec faktów. Nauczanie kliniczne stoi bezsprzecznie we Francji wyżej niż w innych krajach, właśnie dzięki temu, że studenci pozostają ciągle w zetknięciu z chorymi. Zwłaszcza gdy zorganizowano podział tych frekwentantów na małe grupy i zaopatrzono każdą z nich w osobnego monitora, który daje im wszelkie potrzebne wyjaśnienia, system ten pracuje zupełnie nienagannie. Zatem chociaż także ze strony francuskiej podnosiły się bardzo poważne głosy (Leriche (1), Roussy (2) i przytoczone tam wydziały lekarskie) za tem, aby przesunąć początek praktyki na rok drugi, przygotowująca się reforma pozostaje przy dawnym przepisie (Roussy (3)).

Wydziały lekarskie i Assistance publique.

Kształcenie kliniczne słuchaczy medycyny odbywa sie we Francji na dwóch zupełnie od siebie niezależnych, równoległych drogach. Zwłaszcza, jeżeli chodzi o Paryż, tylko w małym zakresie spełniają to zadanie kliniki uniwersyteckie, główna zaś rola przypada wielkim szpitalom, których rozliczne oddziały prowadzone są przez wybitnych ordynatorów *(médecins des Hôpitaux)*. Szpitale te są w zarządzie *Assistance publique* („pomocy publicznej"), instytucji niezależnej od rządu i uniwersytetu, rozporządzającej wielkiemi funduszami, pochodzącemi z zapisów i rządzącej się autonomicznie. Obsadza ona drogą egzaminów konkursowych z pomiędzy zgłaszających się słuchaczy, mających ukończony conajmniej pierwszy rok szkolny (Roger *(2)*) miejsca t. zw. eksternów, którzyby odpowiadali w przybliżeniu naszym praktykantom, a z pomiędzy eksternów wybiera następnie tą samą drogą internów, którzy odpowiadają naszym sekundarjuszom, czy asystentom co do swego zakresu działania, ale muszą mieć ukończone tylko trzy lata studjów, a więc nie są wcale lekarzami; ba nawet z chwilą, gdy dostają dyplom uprawniający ich do praktyki, obowiązani są zrzec sie stanowiska interna. Drogą podobnych konkursowych egzaminów obsadzane są także stanowiska ordynatorów.

Wynik tych stosunków jest tego rodzaju, jak to przyznaje Roger (1), że najlepsi słuchacze zapisują się wprawdzie na obowiązkowe wykłady Wydziału lekarskiego i składają tam egzaminy — jednak zdarza się niejednokrotnie, że nawet o tem wszystkiem zapominają — ale całe ich zainteresowanie zwraca się w kierunku programów konkursowych, prowadzących do eksternatu i internatu, przygotowują się do konkursów żarliwie, uczęszczają w tym celu na kursy organizowane dla nich przez internów, poświęcają temu cały czas i oczywiście zaniedbują wszystko inne. Istnieje tu więc zupełny rozbrat z programami wydziałów lekarskich i na tem polu reforma byłaby bardzo pożądana. Jest ona jednak trudna do przeprowadzenia, a zresztą, jak podnosi Roger (1), mimo ujemnych stron systemu, wyniki nie są wcale złe. „Internat stworzył i tworzy w dalszym ciągu wielkość medycyny francuskiej". Flexner mówi: „Interni mają środki pracy jedyne w swoim rodzaju" a Roger dodaje: „i umieją z nich korzystać". Lekarze, którzy przeszli przez internat wyróżniają się „zmysłem klinicznym; mają oni tę niezrównaną intuicję, którą zawdzięczają uzdolnieniu swej rasy i nieprzerwanej praktyce szpitalnej. Lekarz nie jest przecież ani krasomówcą, ani filozofem, ani teoretykiem; powinien on być człowiekiem czynu".

Należy przyznać, że wyrobienie praktyczne lekarzy francuskich stoi bardzo wysoko. Toteż byłoby bardzo pożądane, żebyśmy mogli system francuski, choćby z pewnemi modyfikacjami, na nasz grunt przeszczepić. U nas bowiem nauczanie medycyny — ograniczone do wydziałów lekarskich — idzie zbytnio w kierunku wykładów teoretycznych, a w wykładach i wizytach klinicznych słuchacz przeważnie jest tylko biernym widzem. Tymczasem we Francji w będącym na pierwszym planie nauczaniu szpitalnem *stagiaire*, a później ekstern przygotowuje się ustawicznie do czynnego współdziałania, a intern otrzymuje już wiele pola do samoistnego działania.

Nauczanie w Wydziałach i Szkołach lekarskich.

Z rokiem 1933 weszło w życie rozporządzenie wydane w styczniu 1932 przez Wyższą Radę Oświecenia publicznego. Wprowadziło ono pisemne, anonimowe i wyłączające zadania z końcem dwóch pierwszych lat studjów. Postęp polegałby tu na ustanowieniu skutecznej zapory „jeżeli tylko Wydziały i Szkoły lekarskie zechcą zastosować konieczne środki, aby wszelkie oszustwo było niemożebne" (Roussy *(2)*).

Opinje Wydziałów idą wogóle w kierunku konieczności wzmożenia wartości egzaminów, zatem podniesienia wymagań (Roussy (2 i 4)).

Przyjęto rozszerzenie trwania studjów o 6-ty rok obowiązkowy, przeznaczony głównie na zajęcia praktyczne. W ten sposób, wraz z rokiem przygotowawczym P. C. B., studja lekarskie będą trwały 7 lat. Należy zaznaczyć, że także w Belgji trwają one 7 lat, a w Hiszpanji nawet ośm (Roussy (1)). Nie zajmowano się narazie przystosowaniem do tej zmiany rozkładu godzin i zajęć, odkładając to do czasu, kiedy reforma będzie miała wejść w życie.

Reforma ma wprowadzić pewne normy także dla nauczania specjalności. Ma się ono odbywać dla adeptów, którzy uzyskali doktorat, poczem wydawane będą świadectwa państwowe. Dążenia idą w tym kierunku, żeby postępowanie poszczególnych Wydziałów ujednostajnić. W kwestji „formowania" chirurgów wypowiada wiele trafnych uwag Leriche (2).

Praca techniczna nad reformą studjów lekarskich we Francji jest w ten sposób w zupełności ukończona i ze wszystkiemi zainteresowanemi czynnikami uzgodniona. Zajmował się nią z ramienia Ministerstwa Komitet doradczy nauczania wyższego (Sekcja Medycyny i Farmacji). Jest teraz rzeczą Wyższej Rady

Oświecenia publicznego wziąć gotowy projekt reformy pod obrady, a sprawą Ministra zadecydować, jakie będą zarządzenia przejściowe i termin wejścia jej w życie (Roussy (4)).

Piśmiennictwo:

L. Blum: Revue des deux Mondes, t. 18. str. 102. 1933. — P. Desfosses: Presse méd. 1932. Nr. 88. s. 1647. — A. Flexner: cyt. przez Rogera (1 i 2). — F. Jayle: (1) Presse méd. 1933. Nr. 15, s. 297; (2) Presse méd. 1934. Nr. 13, s. 261. — R. Leriche: (1) Presse méd. 1932. Nr. 23, s. 445; (2) Presse méd. 1933. Nr. 47, s. 963. — A. B. Marfan: (1) cyt. przez Mordagne'a (3); (2) Presse méd. 1932. Nr. 88, s. 1647. — P. Merklen: Presse méd. 1932. Nr. 74, s. 1407. — M. Mordagne: (1) Presse méd. 1932. Nr. 7, s. 134; (2) Presse méd. 1932. Nr. 22, s. 429; (3) Presse méd. 1932. Nr. 51, s. 1009; (4) Presse méd. 1932. Nr. 88, s. 1648; (5) Presse méd. 1933. Nr. 31, s. 633; (6) Presse méd. 1933. Nr. 57, s. 1156; (7) Presse méd. 1933. Nr. 65, s. 1294. — H. Roger: (1) Presse méd. 1927. Nr. 79, s. 1185; (2) Presse méd. 1927. Nr. 83, s. 1261. — G. Roussy: (1) Presse méd. 1932. Nr. 7, s. 133; (2) Presse méd. 1932. Nr. 45, s. 897; (3) Presse méd. 1932. Nr. 96, s. 1807; (4) Presse méd. 1933. Nr. 28, s. 571. — E. Roux: Journal des Débats, 16. VIII. 1932, cyt. in extenso przez Mordagne'a (6).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Trachomatologji. Nr. 1. 1934. R. Litauer: Klasyfikacja jaglicy i jej zastosowanie w przychodniach przeciwjagliczych. — B. Pines: O przyczynach łuszczki jagliczej.

Klinika Współczesna. Nr. 3. 1934.

Prasa Lekarska. Nr. 4. 1934 i dodatek: *Monografje Lekarskie dla Lekarzy Praktyków.* Nr. 1. W. Mikułowski: Klinika i leczenie krztuśca.

Wiedza Lekarska. Nr. 3. 1934. W. Orłowski: Dychawica oskrzelowa.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie. Nr. 3 i 4. 1933. N. Essigman: W sprawie rozpoznawania i leczenia torbieli oczodołu. — Sprawozdania z posiedzeń naukowych (1932/33).

Położna. Nr. 3 i 4. 1934. K. F. Cieszyński: Organizacja opieki nad noworodkami w Miejskim Zakładzie Położniczym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie. — H. Newlińska: Co sprzyja wypadaniu macicy po porodzie.

Medycyna. Nr. 6. 1934. St. Januszkiewicz: Kamica trzustki w obrazie radjologicznym. Zagadnienie ruchomości oddechowej trzustki. — A. Landau, I. Beiles i T. Hercenbergowa: Studja kliniczne nad moczówką cukrową. — J. Frydman: Wpływ mineralnej wody ze źródła Nr. 1 w Busku na czynność żołądka. — N. Krąkowska: Przyczynek do ustalenia podłoża organicznego jąkania i innych wad wymowy.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 6. 1934. B. Miłaszewski: Nowelizacja ustawy emerytalnej w zastosowaniu do lekarzy szkolnych. — C. Wiecki: Lekarz a społeczeństwo.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 12. 1934. L. Chwat: Odczyn Henryego w rozpoznawaniu zimnicy.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 164. 1934. Łabędź M.: Szczepienia ochronne i ochronno-lecznicze przeciw wściekliźnie u psów.

OCENY.

Traité de physiologie normale et pathologique. Tome I. *Physiologie générale. (Podręcznik fizjologji i patologji.* Tom I. *Fizjologja ogólna).* Paris. Masson 1933. Str. 1140. Cena 165 fr. fr.

Autorom francuskim musi się przyznać jedną zaletę, rzadko naogół spotykaną w innych pracach naukowych, a mianowicie zdolność przedstawienia zagadnień zajmująco i w pięknej formie zewnętrznej. Czytelnik książek francuskich może niekiedy słusznie oburzać się na nieścisłość i zbytnie uogólnienia, zawsze jednak będzie pełen podziwu dla formy. Te uwagi nasunęły się recenzentowi przy czytaniu pierwszego rozdziału fizjologji ogólnej o „życiu i materji żywej" przez G. H. Roger; autor zakreśla szerokie ramy swemu wykładowi: początek życia, pochodzenie gatunków, mechanizm rozwoju, zagadnienie sił komórkowych, zjawiska fizyko-chemiczne związane z przejawami życiowemi — są przedmiotem jego rozważań; dla ilustracji wniosków ogólnych posługuje się również omówieniem szczegółowem poszczególnych zagadnień; rozdział ten czyta się bez znużenia; daje on, jak było celem autora, ogólny pogląd na zagadnienia biologji i fizjologji. Policard omawia w następnym rozdziale fizjologię komórki; z morfologji przez budowę chemiczną dochodzi do zjawisk energetycznych. O hodowli tkanek pisze Verne. Obszerny rozdział fizyko-chemji komórkowej opracowali Cardot i Chevallier. Krótki rozdział o dziedziczności komórkowej jest pióra pani Bachrach. Prawie połowę całego tomu zajmuje praca Blanchetière'a o składnikach ustrojów żywych, które pod względem treści pokrywa się z obszernemi podręcznikami chemji fizjologicznej; trudno recenzentowi pogodzić się z podziałem składników komórkowych na dwie grupy, a mianowicie składniki protoplazmatyczne i jąder komórkowych; w grupie pierwszej omówiono białka, węglowodany i lipidy, w drugiej zaś kwasy nukleinowe i ich pochodne; byłoby korzystniejszem utworzenie z obydwóch tych grup jednego wielkiego rozdziału; w dalszych częściach swego dzieła omawia Blanchetière składniki chemiczne tkanki podporowej; ostatnie dwa rozdziały poświęca składnikom mineralnym i ich roli w ustroju. Wpływ czynników fizycznych na ustroje żywe opracował Vlès: działanie promieni X i ciał radjoaktywnych — Lacassagne. Dopełniają dzieła rozdziały: trucizny przez G. H. Roger, fermenty przez L. Ambard'a i jady przez Arthus. Całość dzieła robi bardzo dobre wrażenie; nie ustępuje ono w zupełności analogicznym wydawnictwom niemieckim, a posiada jedną bardzo wielką przewagę, a mianowicie niską (w porównaniu do cen niemieckich *„Handbuch'ów")* cenę.

W. Mozołowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

O działaniu przytarczycznozwrotnem wyciągów z przedniego płatu przysadki. K. J. ANSELMINO, F. HOFFMANN i L. HEROLD. Klin. Wschr. Nr. 2. 1934.

Tylko bardzo nieliczne spostrzeżenia anatomo-patologiczne i doświadczalne, dotąd nam znane, wskazują jednak na istnienie związku między przednim płatem przysadki a przytarczycą. Opisano kilka przypadków znaczniejszego powiększenia przytarczyc w akromegalji (Erdheim, Cushing i Davidoff). Odwrotnie u zwierząt pozbawionych przysadki stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe w przytarczycach, a według badaczy amerykańskich, u takich zwierząt poziom wapnia we krwi ulega znacznemu obniżeniu, u zwierząt pozbawionych przysadki zachodzą także pewne zaburzenia w kostnieniu w kościach i zębach. Istnienie związku między przytarczycami a przednim płatem przysadki jest tem bardziej uzasadnione, że, jak dziś wiemy, hormony tego płatu mają znaczenie regulujące w układzie wewnętrznego wydzielania (gonado-, tyreo- i pankreotropowe hormony).

Autorowie podawali białym szczurom samcom wyciągi wodne z płatów świeżych przysadek. Zwierzęta otrzymywały w $3^1/_2$ dniach wyciągi z suchej przysadki. Zwierzęta zabijali w 4 dni po pierwszem wstrzyknięciu. Przytarczyce szczurów mają naogół podobne utkanie, jak u ludzi. W miąższu ich stwierdza się 2 typy komórkowe, t. zw. komórki główne, które mają 2 postacie, mianowicie komórki małe jasnowodniste z obwodowo ułożonem jądrem, bardzo słabo barwiące się barwikami kwaśnemi i komórki ciemno się barwiące różowo-czerwone z małem jądrem w środku ułożonem. Drugi typ komórek przytarczycy tworzą komórki oksyfilne z gruboziarnistem eozynowem pierwoszczem, w którego środku jest jądro. Główną masę utkania przytarczycy tworzą owe ciemne komórki główne, jasnych jest bardzo mało; komórki oksyfilne są bardzo nieliczne i usadowione są pod torebką gruczołu. W komórkach spotyka się ziarenka tłuszczu.

Otóż autorowie u swoich szczurów eksperymentalnych stwierdzili znaczniejsze powiększenie przytarczyc ($2^1/_2$ do 3-krotne), a utkanie ich składało się niemal ze samych głównych komórek jasnych; komórek oksyfilnych prawie nie było. Uderza tu potężna siatka silnie krwią wypełnionych naczyń z wielkiemi śródbłonkami. Zmiany opisane stosunkowo szybko ustępują. Odpowiedź na pytanie, jak należy tłumaczyć powstawanie zmian spostrzeganych autorów, jest trudne. Naogół przyjmuje się, że komórki główne mają funkcjonalne znaczenie wewnętrzno-wydzielnicze, nie jest jednak pewnem, który z dwóch rodzajów komórek głównych. Wiadomo, że typ jasny przeważa w młodości, ciemny

w okresie dojrzałości. W przytarczycach autorów z tak znacznem pojawieniem się komórek jasnych chodziłoby niejako o odmłodzenie przytarczyc. Zgadzałoby się to także z brakiem ziarenek tłuszczowych, których ilość wzrasta w miarę wieku.

Autorowie są zdania, że obraz ich przytarczyc świadczy o zwiększonej ich pracy. W dalszych pracach autorowie zamierzają drogą funkcjonowania wyosobnić z przedniego płatu przysadki właściwą substancję, działającą paratyreotropowo. Tak więc przedni płat przysadki wzmaga czynność przytarczyc.

W. Nowicki (Lwów).

Trzustkozwrotna substancja z przedniego płatu przysadki mózgowej: II. O działaniu trzustkozwrotnej substancji na przemianę materji. F. HOFFMANN i K. J. ANSELMINO. Klin. Wschr. Nr. 37, 1933.

Stwierdzenie wpływu otrzymanej przez autorów substancji trzustkozwrotnej na zachowanie się wysepek w trzustkach szczurów skłoniło autorów do wykonania szeregu badań nad wpływem tego ciała na przemianę materji. Doświadczenia odnośne wykonano na psach, królikach i na szczurach. Zapatrywania i wyniki badań dotychczasowych nad zachowaniem się węglowodanów pod wpływem wyciągów z przedniego płatu przysadki nie są zgodne. Ten fakt skłonił autorów do przebadania wpływu otrzymanego ciała na zachowanie się węglowodanów. Otóż u psów i królików poziom cukru we krwi tylko nieznacznie się obniżył pod wpływem ich substancji trzustkozwrotnej. Hiperglikemja u królików uległa nieznacznemu obniżeniu, hipoglikemja insulinowa podobnie, glikogen wątrobowy zmniejszał się wybitnie. Substancja trzustkozwrotna zupełnie nie działała na psy pozbawione trzustki. Z badań autorów zdaje się wypływać, że działanie ciała przez nich otrzymanego odbywa się przez trzustkę i że wpływ jego na przemianę materji jest wynikiem zmobilizowanego aparatu wysepkowego.

W. Nowicki (Lwów).

Trzustkozwrotna substancja z przedniego płatu przysadki mózgowej: I. Otrzymanie i właściwości trzustkozwrotnej substancji. K. J. ANSELMINO i F. HOFFMANN. Klin. Wschr. Nr. 37, 1933.

W nawiązaniu do zmian histologicznych, stwierdzonych przez autorów w trzustce szczurów po wstrzykiwaniu tymże wyciągów z przedniego płatu przysadki (powiększenie i pomnożenie jej wysepek) autorowie wypracowali metodę wyosobnienia w ten sposób działającego ciała przysadki. Po odwodnieniu acetonem przysadek bydlęcych i ich sproszkowaniu, zastosowali oni ekstrakcję wodną i następnie zapomocą przesączania oddzielili nierozpuszczoną część sproszkowanej przysadki. Do 100 cm^3 przesączu dodali 20 cm^3 n/100 rozczynu octanu sodowego, który sporządzili z 10 części n/1 kw. octowego i 8 części n/1 ługu sodowego. Odczyn otrzymanego ciała wynosi pH 5.2. Rozczyn o tym odczynie poddali ultrafiltracji przez błonę kolodjonową, dopóki 4/5 całego wyciągu się nie przesączyło. Wolny od białka ultrafiltrat zawiera substancję działającą, która powoduje takie zmiany histologiczne, jakie autorowie opisali po stosowaniu wyciągu z przedniego płatu przysadki.

W. Nowicki (Lwów).

O działaniu pankreotropowem (trzustkozwrotnem) wyciągów z przedniego płatu przysadki. K. J. ANSELMINO, L. HEROLD i F. HOFFMANN. Klin. Wschr. Nr. 32, 1933.

Kliniczne i patologiczno-anatomiczne spostrzeżenia wskazują, jak wiadomo, na związek między przednim płatem przysadki a trzustką. Wiadomo, że w akromegalji zachodzi często bardzo znaczne powiększenie trzustki z powiększeniem ilościowem i jakościowem jej wysepek i odwrotnie — w daleko posuniętym zaniku trzustki stwierdza się zwyrodnieniowe zmiany w wysepkach. Widzi się także zaburzenia w przemianie materji. Pominąwszy cukromocz przysadkowy, pojawia się typowy obraz cukrzycy trzustkowej, niekiedy znowu wysoka tolerancja na węglowodany. Wilder przyjmuje, że w opisanym przez niego obrazie chorobowym samoistnej hipoglikemji przysadkowej zachodzi wzmożona czynność narządu wysepkowego. Wymienione spostrzeżenia wskazują na działanie przedniego płatu przysadki, nietylko gonado- i tyreotropowe, lecz także na jego wpływ na narząd wysepkowy.

Autorowie zajęli się badaniem histologicznego obrazu trzustki szczurów, którym wstrzykiwali podskórnie przez 3—3½ dni 6—7 razy wyciąg przedniego płatu przysadki, a następnie zabijali zwierzęta i badali część ogonową trzustki. Prawidłowo w trzustce szczura stwierdza się bardzo mało wysepek, bo zaledwie jedną w polu widzenia. U szczurów z wstrzykiwanym wyciągiem liczba wysepek już po 3 dniach znacznie się zwiększała, wymiary ich były większe, zlewały się ze sobą, dając wysepki olbrzymie, a odgraniczenie ich od otoczenia zacierało się. Występowało u nich pomnożenie jąder, niekiedy olbrzymich. Wykazywały one cechy zwyrodnienia lub rozpadu. Sam miąższ wydzielniczy t. j. gruczoły miały wyższe nabłonki cylindryczne i mało miały w sobie ziarenek zymogenu. Zmiany te powstawały już w 36 godzin po wstrzyknięciu, a jeszcze utrzymywały się częściowo do 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu.

Należy tu podnieść stwierdzanie bardzo małych, młodych wysepek. Zmiany opisane świadczą o trzustkozwrotnym wpływie przedniego płatu przysadki na trzustkę.

W. Nowicki (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Dziedziczność jako czynnik etjologiczny w cukrzycy. P. J. CAMMIDGE. The Lancet. 1934. str. 393.

Pomimo wielkich postępów w badaniach, etjologja cukrzycy jest dotąd niewyjaśniona, jednakże od czasów Naunyna przypisuje się dziedziczności dość ważną rolę w powstawaniu tego schorzenia.

Nowsze statystyki wykazują znacznie większy procent obarczenia dziedzicznego w cukrzycy, niż statystyki dawniejsze — Naunyn w 1906 roku znajdował 17% obarczenia, natomiast Joslin w 1927 roku na 2646 cukrzycowych spotkał czynnik dziedziczny w 25.5%. Tłumaczy się to w ten sposób, że metody służące do badania cukrzycy są stosunkowo świeżej daty: pierwsza metoda redukcyjna wykrywania cukru w moczu była opisana w 1841 roku (Trommer), a pierwsza metoda Banga do badania cukru we krwi w 1913 roku.

Autor obserwował 1000 przypadków cukrzycy, przyczem w 396 t. j. w 39.6% wykrył obarczenie dziedziczne. Skłonność do cukrzycy może się dziedziczyć jako cecha dominująca lub recesywna. W statystyce autora mniejwięcej połowa obarczonych dziedzicznie wykazywała charakter dziedziczenia dominujący, połowa recesywny. W statystykach innych autorów przeważnie skłonność do cukrzycy występuje jako cecha recesywna. Rozróżnianie sposobów dziedziczenia cukrzycy ma znaczenie praktyczne, ponieważ przy dziedziczeniu cukrzycy, jako cechy dominującej, objawy chorobowe występują przeważnie dopiero w późniejszym wieku, przebieg choroby jest lżejszy i bardziej odpowiedni dla leczenia dietetycznego, natomiast cukrzyca, jako cecha recesywna występuje raczej w młodym wieku, przebiega ciężej i przeważnie wymaga leczenia insuliną.

H. Wasilkowska - Krukowska (Lwów).

Hiperinsulinizm, jako odrębna jednostka chorobowa. S. HARRIS. Jour. of the Am. Med. Assoc. nr. 25, 1933/II.

Podobnie jak w tarczycy znamy stany patologiczne, cechujące się nadmierną jej czynnością albo niedomogą, jako odrębne jednostki chorobowe, tak i aparat wysepkowy trzustki może produkować zbyt duże albo zbyt małe ilości insuliny. Przy braku insuliny powstaje szereg objawów, dających obraz cukrzycy. Nadmierne wydzielanie insuliny, a w następstwie tego niedocukrzenie krwi daje również szereg objawów odrębnych, typowych, które skłaniają autora do wyodrębnienia jednostki chorobowej: hiperinsulinizmu. Autor przytacza obszerną literaturę oraz szereg własnych przypadków. Na podstawie oznaczenia poziomu cukru we krwi ludzi zdrowych i pozornie zdrowych dochodzi autor do wniosku, że choroba ta zdarza się wcale często przynajmniej w swej lekkiej postaci, niedużo rzadziej od cukrzycy.

Etjologja schorzenia jest niejednolita. Mc. Collum i Simmonds przypisują pewną rolę w powstawaniu tej choroby diecie. Autor skłania się do tego zdania, twierdząc, że zbyt duże ilości węglowodanów, jakie są spożywane w Stanach Zjednoczonych, mogą łatwo być czynnikiem, który pobudza trzustkę do zwiększonej produkcji insuliny. Pozatem wchodzą w rachubę różne zakażenia przewodu pokarmowego, ostre choroby zakaźne, toksykozy i t. p. Przyczyną cięższych postaci tej choroby są przeważnie gruczolaki, wychodzące z wysepek Langerhansa t. zw. *insuloma.*

Ze względu na nasilenie objawów dzieli autor schorzenie na 3 postacie: 1) postać lekka objawia się głodem, zwiększoną pobudliwością nerwową, ogólnem osłabieniem. Objawy te występują w niedługi czas po jedzeniu. Poziom cukru we krwi waha się między 0.075 a 0.060 mg/%. 2) Postać średniociężka wykazuje objawy podobne do lekkiej nieco silniej zaznaczone, przyczem występują przejściowe utraty przytomności, przypominające *„petit mal"*. Poziom cukru wynosi 0.060—0.050 mg/%. 3) Postać ciężka cechuje się częstemi napadami utraty przytomności i śpiączką. Objawy te mogą do złudzenia imitować napady padaczki i autor uważa, że w każdym niejasnym przypadku padaczki należy oznaczyć poziom cukru we krwi. W wielu przytoczonych przypadkach zauważono bóle w podżebrzu. Istnieją także postacie piorunujące, w których wśród objawów ostrego wstrząsu hipoglikemicznego osobnik ginie już po kilku godzinach.

Rokowanie w przypadkach lekkich i średnich jest dobre. Chorzy bardzo często nadmiernie tyją, ale zdarza się też znaczne wyniszczenie w przebiegu choroby. W przypadkach ciężkich wskazany jest zabieg operacyjny, polegający na wycięciu części trzustki albo też gruczolaka. Autor podaje szereg przypadków, w których po takim zabiegu nastąpiło zupełne wyleczenie.

A. Selzer (Lwów).

W sprawie pochodzenia i kliniki niepodzwrotnikowej sprue (choroba na tle wessania tłuszczu). L. DUENNER, H. HIRSCHFELD i M. GERALDY. Klin. Wschr. Nr. 4, 1934.

W pracy tej chodzi o chorych nie z płynnemi stolcami, biegunkowemi, przewlekłemi, lecz z stolcami papkowatemi, jasnemi, często z pęcherzykami gazowemi, a zatem o stolce spostrzegane w chorobach wątroby i trzustki, lub w utrudnionym odpływie do gruczołów limfatycznych krezkowych. Zmian tych jednak nie spostrzega się w chorobie, którą autorowie zajmują się w swej pracy. Autorowie spostrzegali ją wcale często, a jako dalsze przykłady opisują dwa przypadki sekcyjne. Rozpoznania kliniczne w chorobie omawianej są zwykle różne, np. marskość wątroby, niedokrewność złośliwa, gruźlica otrzewnej. Objawy chorobowe są różne.

W jednej grupie chorzy skarżą się na biegunki o stolcach wyżej wspomnianych. W drugiej grupie są chorzy z żółtaczką, bladością powłok, jak w niedokrewności złośliwej; a tylko dokładne wywiady wykazują biegunki lub kilkakrotne papkowate stolce i to niekiedy od kilku lat, na które chorzy nawet nie zwracają uwagi. U niektórych z nich w czasie głodu pojawiają się niepokoje, a nawet podniecenia. Wreszcie w trzeciej grupie objawy wybitnej niedokrewności złośliwej, wynędznienie, biegunki wyżej wspomniane i niekiedy drgawki rąk i stóp, nawet tężcowe. Ta *trias* objawów jest bardzo charakterystyczna. Osoby odnośne mają zwykle pod względem somatycznym i psychicznym pewne nieprawidłowości. We wszystkich trzech grupach stwierdza się achylję żołądka i charakterystyczne stolce, a znajdujące się w nich pęcherzyki gazowe pochodzą, według Noordena, od piany mydlanej. Zapach i odczyn jest kwaśny, a wygląd podobny do stolca acholicznego. Trawienie białka i węglowodanów jest prawidłowe, tłuszcze są rozszczepiane na kwasy tłuszczowe, które podobnie jak mydło znajdują się w stolcu. Roentgen stwierdza przyśpieszone przechodzenie treści jelitowej. Objawy i zachowanie się oraz skład stolca przemawia przeciw zapaleniu kiszek, a uderza nienależyte wsysanie tłuszczów. Sprawa podobna do podwzrotnikowej *sprue.*

Postawienie właściwego rozpoznania jest ułatwione, jeżeli się nie zwraca jedynie uwagi na biegunki, lecz na: 1. tężyczkę, 2. zanik kości i 3. objawy niedokrewności złośliwej. Tężyczka i zanik kości jest następstwem nienależytego wsysania wapnia, względnie jego połączenia z kwasami tłuszczowemi. Stwierdza się też sporo wapnia w stolcu. W następstwie złego wessania wapnia przychodzi do odwapniania kości, m. i. kości trzonowych; mogą też powstawać wskutek tego samoistne złamania. Pojawia się też tkliwość na ucisk kości. Występuje tężyczka niezależna od przytarczyc, a ustępująca po podaniu dożylnem wapnia; ustępuje ona również z chwilą ustania biegunek. Niekiedy w czasie ciężkich napadów pojawiała się znaczna bladość palców i gorsze widzenie i to, jak można było stwierdzić, wskutek skurczu naczyń.

Trudno wytłumaczyć obraz niedokrewności złośliwej, która rozwija się u tych chorych już w dłuższy czas od początku choroby. Może tu chodzi o zatruwanie ustroju z przewodu pokarmowego lub o brak jakiegoś hipotetycznego nieznanego ciała, potrzebnego do prawidłowego tworzenia się krwi. Obraz krwi może być taki, jak w prawdziwej niedokrewności złośliwej lub w postaci mieszanej tej niedokrewności i niedokrewności wtórnej. U chorych, spostrzeganych przez autorów, był zespół objawów, jak w niedokrewności złośliwej, t. j. gładki język, tkliwość kości na ucisk, urobilina w moczu. W krwi były ciałka Jolly'ego. Pojawienie się ich stwierdzano po wycięciu śledziony. W przypadkach sekcyjnych zatorów stwierdzano znaczny zanik śledziony i tu należy podnieść, że we wszystkich 4 przypadkach zaniku śledziony z ciałkami Jolly'ego istniały biegunki. Nie można się jednak dopatrywać jakiegoś związku między niedokrewnością złośliwa a zanikiem śledziony, przecież w przypadkach takich stosowano nawet z przejściowym dobrym skutkiem wycinanie śledziony.

A zatem objawy chorobowe z podobnem, jak w *sprue,* nienależytem wessaniem tłuszczu dają się ująć w następujące dane: Obecność jasnych, z pęcherzykami gazowemi, kwaśnych, kilkakrotnie dziennie oddawanych stolców z kwasami tłuszczowemi i mydłami potasowemi, ale przy prawidłowej żółci i trzustce. Stwierdza się achylję żołądka i pałeczki okrężnicy w soku dwunastnicy. W następstwie nienależytego zaopatrywania krwi względnie tkanek w wapń, powstaje zanik kości i tężyczka. Dalej stwierdza się zespół niedokrewności złośliwej, wysokiego stopnia zanik śledziony z ciałkami Jolly'ego w ciałkach czerwonych i przewlekły zanik wątroby.

W. Nowicki (Lwów).

Leczenie gośćca stawowego zapomocą złota. G. SLOT i P. M. DEVILLE, przy współudziale N. G. HILL'a B. WILLIAMS'a i M. H. FRIDJOHN'a. The Lancet 1934. str. 73.

Autorowie stosowali leczenie solami złota w przypadkach ostrego i podostrego gośćca stawowego u dzieci (6 przyp.), oraz przewlekłego gośćca stawowego u dorosłych (14 przyp.). Używali do wstrzykiwań dożylnych, względnie śródmięśniowych następujących preparatów: *solganol A, solganol B i solganol B oleosum;* w jednym przypadku *krysolgan.* Wstrzykiwania stosowano co 3-ci dzień, względnie co tydzień zależnie od odczynu. Dawki od 0.05 do 0.5.

W przypadkach ostrego gośćca preparaty złota nie dawały poprawy, przy zajęciu serca w większym stopniu występowało nawet pogorszenie, toteż autorzy uważają istnienie stanów zapalnych serca za przeciwwskazanie do leczenia złotem. Natomiast u chorych na gościec przewlekły oraz w jednym przypadku gośćca podostrego u dziewczynki 15-o letniej, stosowanie złota dało wyniki naogół dobre. Po pierwszych zastrzykach występował krótkotrwały odczyn miejscowy i ogólny w postaci bólów w stawach i gorączki. Zastosowanie serji zastrzyków dawało u większości pacjentów wyraźną poprawę w postaci zmniejszenia bólów i obrzęków stawowych z równoczesnem zwiększeniem się ruchomości dotkniętych stawów.

H. Wasilkowska - Krukowska (Lwów).

Leczenie zapalenia nerek. A. ELLIS (Londyn). The Lancet. 1934. str. 333.

Patogeneza zapalenia nerek nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona. Są trzy główne teorje, dotyczące sposobu powstawania zapalenia nerek: teorja toksyczna, teorja spazmów naczyniowych *(ischaemia)* i teorja uszkodzenia naczyń włosowatych *(capillaritis).* Autor jest zwolennikiem ostatniej teorji. Zapalenie nerek można uważać za uszkodzenie, powstałe przy eliminacji produktów toksycznych. Teorja alergiczna jest tylko jedną z hipotez. Poglądy autora, chociaż niezgodne co do patogenezy, zgadzają się w znacznej mierze z poglądami Volharda na sprawę leczenia.

Leczenie ostrego zapalenia nerek: leżenie w łóżku, stosowanie ciepła i dieta głodowa, przy której podaje się tylko sok pomarańczowy w ilości 500 cm^3 dziennie w 7 porcjach. Dietę głodową należy stosować aż do ustąpienia obrzęków i nadciśnienia t. zn. przeciętnie 10 do 14 dni. Po nastąpieniu poprawy podaje się jarzyny, mleko, chleb, marmoladę, następnie ryby, kurczęta.

Przy objawach osłabienia serca zupełny spokój, naparstnica, względnie zastrzyki strofantyny dożylnie. Przy wysokiem ciśnieniu — upust krwi. Objawy ze strony centralnego układu nerwowego niekoniecznie powstają na tle mocznicy, mogą być także wywołane przez skurcz naczyń krwionośnych w mózgu. Dobrze działa w tych przypadkach upust krwi, ewentualnie płynu mózgowo-rdzeniowego. Można wstrzykiwać także roztwór hipertoniczny soli dożylnie. Najlepszym środkiem uspakajającym jest morfina. Prawie u wszystkich chorych z zapaleniem nerek rozwija się niedokrwistość, którą zwalczać należy zapomocą podawania żelaza. Usuwanie ognisk ropnych z organizmu (migdałki, zęby) jest bardzo ważne, jednak powinno nastepować dopiero po wygaśnięciu ostrych objawów, ponieważ po zabiegach chirurgicznych następuje zwykle pogorszenie przejściowe zapalenia nerek.

Przy obrzękach spowodowanych ostrem zapaleniem nerek najlepiej działa dieta owocowa. Obrzęki nerczycowe łączą się zwykle ze zmniejszeniem się ilości białka w osoczu. Autor poleca w tych przypadkach podawanie diety bogatej w białko z ograniczeniem soli i płynów. Wskazanem jest podawanie mocznika, leżenie w łóżku.

Leczenie przewlekłego zapalenia nerek: dieta urozmaicona z pewnem tylko ograniczeniem białka. Stałe stosowanie diety bezsolnej uważa autor za niesłuszne. Bardzo ważne jest leczenie niedokrwistości, występującej prawie zawsze u chorych nerkowych oraz baczna obserwacja stanu serca. Należy pamiętać o tem, że zwiększenie się azotu pozabiałkowego we krwi jest często objawem niedomogi serca.

Leczenie zapalenia nerek wymaga wielkiej staranności i uwagi ze strony lekarza i osób pielęgnujących.

H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

O dobrotliwej rodzinnej postaci samoistnej odmy opłucnowej. P. MUELLER. Klin. Wschr. Nr. 4, 1934.

W ostatnich czasach opisano przypadki idjopatycznej dobrotliwej samoistnej odmy opłucnowej, pojawiającej się przeważnie u młodych osobników płci męskiej. W pełni zdrowia powstaje

nagły ból w klatce piersiowej lub w okolicy łopatki, poczem stwierdza się niewątpliwą odmę opłucnową przy braku jakiegokolwiek wytłumaczenia jej pochodzenia. Przypadki odnośne przebiegają dobrotliwie, a jedno dla nich jest nader charakterystyczne — to brak przyczyny, specjalnie gruźlicy. Dotąd ogólnie przyjmowano dwie przyczyny, pierwsza to t. zw. pęcherze szczytowe na tle blizn, następowo pękające, a druga — to torbiele alweolarne, leżące także podopłucnowo, a będące, według Schminckego, wyrazem powstrzymania rozwojowego płuc. Morawitz zwrócił uwagę na samą opłucną w związku ze zrostami opłucnowemi, które, według Cahna, silnie napinane mogą powodować nadrywanie opłucnej. Jednakże niestosunek między częstością zrostów a powstawaniem omawianej odmy był powodem, że wspomniany Morawitz wypowiedział zdanie, że chodzi tu o mniejszą wartościowość opłucnej, jej łatwiejszą rozerwalność. Jako dowód na poparcie tego zapatrywania przytacza Morawitz dwa przypadki odmy samoistnej, pojawiającej się u dwóch braci lub wogóle w tej samej rodzinie.

Müller przytacza podobne dwa przypadki odmy samoistnej rodzinnej u 60-letniego ojca i 31-letniego syna, u którego odma ta trzykrotnie się powtórzyła w krótkich odstępach czasu. W żadnym z nich nie było gruźlicy. Obaj chorzy przebyli prawdopodobnie zapalenie opłucnej, o którem nawet nie wiedzieli; u obu było prawdopodobnie osłabienie opłucnej wrodzone.

W. Nowicki (Lwów).

Mocz ciężarnych jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego. WŁADYCZKO ST. Rocznik Psychjatryczny XXI.

Opierając się na obserwacjach Zamkowa i Kolcowa, autor zastosował mocz ciężarnych w szeregu schorzeń psychicznych z bardzo ciekawym wynikiem. Mocz ten zawiera cały szereg hormonów, co stwierdzili Zondek i Aschheim, jak prolan, emeninę, hormon ciała żółtego, a prawdopodobnie i hormon wzrostu, przemiany tłuszczowej, insulinę, hormon snu i inne. Ponieważ okazało się, że podskórne wstrzykiwanie moczu nie wywołuje żadnych objawów ubocznych, autor słusznie zwraca uwagę na tę „aptekę biologiczną", którą należałoby wykorzystać w lecznictwie.

Mocz bywa pobrany w warunkach aseptycznych, przez cewnik wyjałowiony wprost do naczynia wyjałowionego i jest filtrowany przez filtr Chamberlanda. Ciężarna przedtem musi być badaną na kiłę, gruźlicę, choroby nerek i bakterjurję, które to schorzenia wykluczają podawanie danego moczu. Ciężarna winna być w VII do IX miesiącu ciąży. Dawka moczu waha się od 5—10 cm³, co 4—5 dni. Zależnie od przypadku podawano ogółem 60 do 100 cm³ moczu. Znakomity jest wynik w dwóch przypadkach histerji na tle zaburzeń miesiączkowania, w przypadkach psychorodnej niemocy płciowej *(impotentia coëundi)* u mężczyzn (!), w starczych sprawach oraz w przypadkach schizofrenji. Przytem należy wykluczyć wpływ ewentualnej sugestji, ponieważ chorzy byli w takim stanie, że nie zdali sobie sprawy z zabiegów, którym byli poddawani.

Obständer (Bielsko).

Etjologja choroby Hodgkin'a. E. E. van ROOYEN. Actualidal Médica Mundial. Nr. 32. 1933.

Na podstawie bogatego materjału sekcyjnego i doświadczalnego na zwierzętach, autor dochodzi do wniosku, że prątek gruźlicy ptasiej nie jest przyczyną ziarnicy złośliwej.

Mester (Kraków).

Haemoglobinuria paroxysmalis „a frigore". R. A. EYHERABIDE i L. L. TRUCCO. Actualidal Médica Mundial. Nr. 33. 1933.

U osobnika 36-letniego, zakażonego kiłą, występowała po oziębieniu hemoglobinurja. Osobnik ten wykazywał dodatnią próbę Ehrlich-Murri'ego: krew z palca nieoziębionego nie wykazywała hemolizy. Natomiast krew z palca oziębionego wykazywała hemolizę. Po przeprowadzeniu leczenia przeciwkiłowego *haemoglobinuria „a frigore"* ustąpiła, później próba Ehrlich-Murriego wypadła ujemnie.

Mester (Kraków).

Kilka wskazań dla rentgenoterapji w zakresie chorób wewnętrznych. SAINT PASTOUS. El Dia Médico. Nr. 13. 1933.

Według autora następujące sprawy chorobowe nadają się do leczenia promieniami Roentgena: dychawica oskrzelowa i przewlekły nieżyt oskrzeli, wiewiórowe zapalenie stawów ostre i przewlekłe, wrzód żołądka, zwłaszcza z nadkwaśnością, bezmocz w przebiegu zapalenia nerek i nerczycy, dusznica bolesna, róża, guzy przysadki i przerost grasicy, łuszczyca (tu należy naświetlać grasicę), białaczka szpikowa i limfatyczna, choroba Mikulicza, ziarnica złośliwa, czerwienica, choroba Basedowa — wszystkie te sprawy chorobowe, jakoteż i krwotoki (naświetlanie śledziony) dobrze reagują na promienie Roentgena.

Mester (Kraków).

Osteochondritis vertebralis infantilis. G. ALLENDE. El Dia Médico. Nr. 13. 1933.

Choroba ta opisana po raz pierwszy przez Calvé'go jest cierpieniem bardzo rzadkiem — dotąd opisano 11 przypadków. W przypadku autora — dotyczącym 3-letniej dziewczynki — sprawa rozpoczęła się bólami głowy, sztywnością kręgosłupa początkowo szyjnego, następnie i piersiowego dolnego — na wysokości 7-go kręgu szyjnego pojawił się kątowy garb. Zdjęcie rentgenowskie wykazało duże zmiany w zakresie trzonów kręgów (7-go szyjnego, tudzież 7, 8, i 10-go piersiowego), w postaci znacznego zmniejszenia wysokości tychże trzonów kręgów — przedstawiających się jako niska blaszka kostna. Jako tło autor przyjmuje zaburzenie wzrostu kości kręgów — z następowem pogorszeniem sprawy chorobowej jużto przez zakażenie, jużto przez zaburzenia dokrewne.

Mester (Kraków).

Tłuszczaki symetryczne. J. MOREIRA DA FONSECA. Nutrition. T. III. Nr. 5. 1933.

Tłuszczaki symetryczne usadawiają się często w okolicy gruczołów chłonnych, jednak choroba ta nie ma żadnego związku z układem chłonnym. Spotyka się znacznie częściej u mężczyzn, u kobiety tylko w okresie przekwitania. Przyczyna jest nieznana — według autora sprawa ta jest natury dokrewno-sympatycznej. Jako leczenie zaleca: dietę ubogą w tłuszcze, fizykoterapję, opoterapję przysadkowo-jajnikowo-tarczycową. Czasami konieczny jest zabieg operacyjny.

Mester (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Uwagi w sprawie pasorzytnictwa w ginekologji. G. LEO (Paris). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933. Z. 9.

Niektóre spostrzeżenia wykazały, że obecność pasorzytów może wywoływać trojakiego rodzaju zmiany w narządach rodnych: 1) bolesne miesiączki, 2) świąd sromu i zapalenie pochwy, zależne w dużej ilości przypadków od obecności rzęsistka pochwowego oraz 3) u małych dziewczynek zapalenie sromu, spowodowane glistnicą robaczkową.

H. Newlińska (Lwów).

Wrażenia i spostrzeżenia podczas leczenia zaburzeń czynnościowych jajników i przedniego płata przysadki mózgowej. N. LOUROS. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 2.

Według spostrzeżeń autora wynik leczenia hormonalnego wymaga spełnienia pewnych warunków, których naogół się nie przestrzega, a które niejednokrotnie decydują o wyniku leczenia. Przedewszystkiem nabrał autor przekonania, że leczenie hormonalne jest bezcelowe, jeżeli w macicy lub jajnikach istnieją jakieś zmiany anatomiczne. Należą tu torbiele jajnikowe, guzy przydatków i macicy, wreszcie sprawy zapalne. To samo dotyczy zmian położenia macicy. Przed rozpoczęciem leczenia hormonalnego należy przywrócić stosunki normalne w narządzie rodnym, ewentualnie nawet drogą operacyjną.

Drugim warunkiem dla wyniku leczenia hormonalnego jest należyte wskazanie. Należy zwracać uwagę na jedną okoliczność, często przez chore przemilczaną, a mianowicie, że nieraz istnieją liczne objawy z ubytku, mimo że kobieta dana nie cierpi na żadne nieprawidłowości w miesiączkowaniu. Że to są objawy wypadania, dowód na to, iż leczenie hormonalne usuwa te objawy. Również dobre wyniki daje to leczenie w przypadkach bólów przy stosunku i niepłodności przy normalnym stanie anatomicznym narządu rodnego i prawidłowem miesiączkowaniu. Okoliczność, że mimo normalnej regularności mogą występować objawy wypadania, niepłodność i bolesność w czasie stosunku i fakt, że leczenie hormonalne w tych przypadkach działa korzystnie, zdają się usprawiedliwiać przypuszczenie, że ta ilość i jakość hormonalnych składników u takiej kobiety, która decyduje o normalnej czynności jajników, nie jest identyczna z warunkami optymalnemi, których wymaga równowaga przemiany materji.

Przypadki spostrzegane przez autora przemawiają za tem, że gruźlica płuc stanowi przeciwwskazanie do stosowania leczenia hormonalnego niedomagań czynności jajników. Niedomoga czynności jajników a nawet brak regularności u kobiet z gruźlicą płuc są ważną, naturalną, wyrównawczą akcją organizmu, mającą na celu stworzenie korzystniejszych warunków zużycia tłuszczu, więc byłoby rzeczą nienaturalną chcieć leczyć w podobnych przypadkach niedomogę jajnikową.

W przypadkach prawidłowych lecz skąpych regularności stosuje autor hormon jajnikowy, zaś w przypadkach krwotoków macicznych hormon przedniego płata przysadki z kombinacją hormonu jajnikowego. Przy obfitych, regularnych miesiączkach nie widział efektu po leczeniu hormonalnem.

K. B. (Lwów).

Zapobieganie i leczenie zmiany położeń macicy. OKINTCHITZ (Leningrad). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933. Z. 9.

Autor rozróżnia tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy pierwotne, powstałe przed okresem pokwitania i wtórne, które występują u kobiet dojrzałych przeważnie po porodzie. Ponieważ te dwie grupy schorzeń wymagają odmiennego leczenia i zapobiegania, autor zwraca specjalną uwagę na dokładne rozpoznawanie. W tym celu podaje sposób, który polega na tem, że chorej każe się przeć; jeżeli jest tyłozgięcie pierwotne, ściany pochwy nie wysuwają się nazewnątrz, w przeciwnym razie w szparze sromowej uwidacznia się wypuklenie przedniej ściany pochwy.

H. Newlińska (Lwów).

Trzy przypadki niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych, zakończonych śmiercią. PIGEUAD i MICHELON. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933. Z. 9.

Przypadki te wskazują na wielkie trudności, jakie można napotkać w rokowaniu, gdyż pomimo bardzo sumiennej opieki lekarskiej i dłuższego pobytu w zakładzie chore zmarły. Niektóre objawy, według których orjentujemy się zazwyczaj co do przebiegu, w tych przypadkach zawiodły (mierny spadek wagi, przyśpieszenie tętna). Jedynym wskaźnikiem stałego pogarszania się stanu chorej był wzrost współczynnika Maillard'a który przed śmiercią przekroczył 25 a nawet 30. *H. Newlińska* (Lwów).

Przypadek dłuższego braku miesiączki, wyleczony zapomocą diatermo-koagulacji. MARCEL i LAENNEC (Paryż). Soc. Fr. de Gyn. 1933. Z. 7.

W przypadku zarośnięcia szyi macicy po porodzie kleszczowym, drożność szyi wróciła po zastosowaniu diatermo-koagulacji.

H. Newlińska (Lwów).

Ciąża a pęknięcie aorty. H. UEBERMUTH (Berlin). Zbl. f. Gyn. Nr. 28, 1933.

Pęknięcie aorty na tle kiłowem lub miażdżycowem powstaje w końcu ciąży w okresie największego ścieśnienia jam ciała. Pozatem obecność tętniaka aorty jest drugim warunkiem powstania pęknięcia. Powstaje przemieszczenie serca, zagięcie pod pewnym kątem w stosunku do dużych pni naczyniowych. Powoduje to zmianę kierunku prądu krwi i zwiększone parcie na uszkodzoną i już rozciągniętą ścianę aorty. Pęknięcie ściany aorty jest wówczas następstwem przekroczenia granicy odporności elastycznej ściany aorty. Jako wniosek praktyczny wynika wskazanie do wczesnego przerwania ciąży w przypadku niewątpliwego rozpoznania tętniaka aorty. *M. Segal* (Lwów).

Krwiak miednicy jako następstwo pęknięcia szyi macicy w czasie rozszerzania. GIDEON AHLTORP (Sztokholm). Zbl. f. Gyn. Nr. 28, 1933.

Opis przypadku krwiaka miednicy małej u pacjentki 59-letniej, u której wykonano skrobankę ginekologiczną. Krwiak powstał skutkiem pęknięcia szyi (uszkodzenie tętnicy macicznej) podczas rozszerzania Hegarami do Nr. 8 włącznie. W czasie rozszerzania a następnie wyłyżeczkowania nic nie zaszło z pacjentką. Tuż po zabiegu pacjentka poczuła silny ból w dole brzucha. Przy późniejszem badaniu stwierdzono opór w miednicy małej. Laparotomja wykonana po trzech tygodniach wykazała krwiak podotrzewnowy, zawierający 600 cm³ skrzepłej krwi. Krwiak usunięto, założono dren do jamy brzusznej. Chora wyzdrowiała. W piśmiennictwie autor nie znalazł podobnego przypadku; przypuszcza dlatego, że pęknięcia szyi skutkiem rozszerzania uważano jako perforacyjne. Natomiast opisanych jest kilka przypadków pęknięć dilatacyjnych macicy w przebiegu poronienia.

M. Segal (Lwów).

Częstość i położnicze znaczenie pęknięcia żylaków narządów płciowych. SPITZER. Zbl. f. Gyn. Nr. 7, 1933.

Rozpoznanie krwawień z pękniętych żylaków w ciąży sprawia często trudności, gdyż myśli się przedewszystkiem o łożysku przodującem, względnie o przedwczesnem odklejeniu łożyska. W połogu też rozpoznanie jest trudne, tem więcej że komplikacja ta występuje rzadko. Postępowanie według kliniki praskiej jest następujące:

Obszycie katgutem żylaka szwami na krzyż powyżej i poniżej żylaka, względnie jeżeli to nie pomaga, tamponada, masaż macicy, środki wywołujące skurcze macicy, jak orastyna, sekakornina, spokój. *T. Gizowski* (Lwów).

O stosunkach wagi i pokarmu u noworodków w czasie pierwszych 10-ciu dni życia. F. GYMNICH. Arch. f. Gyn. T. 150. Z. 1.

Fizjologiczny spadek wagi wynosi u noworodków o wadze 2800 do 3500 g przeciętnie 257 g t. j. 8% wagi pierwotnej. Spadek ten zależy od wielkości wagi noworodka i jest proporcjonalnie tem większy, im mniej ważył płód bezpośrednio po urodzeniu.

Przybytek na wadze zaczyna się od 3-go dnia życia noworodka i wynosi w pierwszych 10 dniach 90% spadku wagi. 57.8% dzieci dochodzi 10-go dnia życia do wagi, jaką miały bezpośrednio po porodzie. Krzywe wagi mają w ogólności postać równomierną i stopniową. Tylko w 15% przypadków stwierdzano krzywe, które wykazywały kilkakrotnie tę samą wagę albo nawet jej spadek na ramieniu wstępującem (przybytek na wadze). U dzieci tych często dożywianie było niedostateczne lub też istniały sprawy chorobowe. Przybytek na wadze występuje u noworodków lżejszych szybciej odpowiednio do większej procentowo ilości wyssanego pokarmu. Dzieci wieloródek wyrównują swój ubytek wagi szybciej aniżeli dzieci pierwiastek. Nie stwierdzono żadnego wpływu płci noworodków na stosunki wagi i ilości zużytego pokarmu.

Dzieci urodzone siłami natury tracą mniej na wadze i wyrównują powstały ubytek szybciej, aniżeli urodzone po zabiegach operacyjnych. Dzieci z żółtaczką tracą znacznie więcej na wadze, wyrównują ubytek znacznie wolniej i spożywają mniej pokarmu, aniżeli dzieci bez żółtaczki. *K. B.* (Lwów).

W sprawie rozpoznania różniczkowego przy pomocy obrazu rentgenowskiego pomiędzy zwichnięciem stawu biodrowego a urazowem oddzieleniem się nasady kostnej u noworodków. H. O. KLEINE. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 2.

Badania autora w powyższym kierunku doprowadziły go do następujących wniosków: Uważa za słuszne stanowisko Lorenza i i., że urazowe, wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego dotychczas nie zostało dowiedzione. Ogłoszone w nowszych czasach przypadki Nathana i Puppela są w rzeczywistości nie zwichnięciami wrodzonemi, lecz oddzieleniem się nasadki kostnej. Badania rentgenologiczne, mające na celu rozróżnienie tych spraw od siebie, tylko wówczas mogą mieć niezbitą wartość, jeśli od chwili porodu prowadzone będą systematycznie przynajmniej przez przeciąg jednego miesiąca, a to w celu stwierdzenia lub wykluczenia tworzenia się kostniny. Złamania kości u noworodków charakteryzują się bowiem tem, że kostnina wytwarza się u nich b. szybko, jak np. w przypadku autora już 5 dnia i równie szybko ulega wchłonieniu, np. w przypadku autora po 3 miesiącach nie pozostał ani ślad kostniny. Szczególne stosunki przedstawiają złamania kości udowej (urazowe oddzielenie się nasadki kostnej) u noworodków raz dlatego, że w czasie porodu chrząstkowata jeszcze główka kości udowej nie występuje w obrazie rentgenowskim, a powtóre dlatego, że kostniny chrząstki nie można w tym obrazie rozpoznać. Zwykle atoli przychodzi równocześnie do pęknięcia okostnej po stronie wewnętrznej na mniejszej lub większej przestrzeni, przyczem, jak w przypadku autora, wytwarza się kostnina, którą można wykazać w obrazie rentgenowskim.

Jako następstwo oddzielenia się nasady kostnej główki uda może powstać biodro szpotawe *(coxa vara).* Występujące przytem wysokie ustawienie krętarza nie może być uważane za objaw zwichnięcia stawu biodrowego.

Jako nieznany dotąd objaw w celu rentgenologicznego rozróżnienia między urazowem oddzieleniem się nasady kostnej a zwichnięciem stawu biodrowego podaje autor przyśpieszony rozwój jąder kostnienia nasadki uda po stronie złamania (w drugiej połowie 1-go roku życia).

W celu wyjaśnienia pytania, czy istnieje wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, byłoby zdaniem autora, wskazanem badać rentgenologicznie zasadniczo wszystkie noworodki rodziców, w których rodzinie zwichnięcia takie często zachodziły.

K. B. (Lwów).

Okulistyka.

Przegląd lat pięćdziesięciu oftalmologji w Turcji. ISMET i ALEXIADES (Stambuł). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Do połowy ubiegłego stulecia było w Turcji, jak w innych krajach Azji Mniejszej, rozwinięte partactwo lekarskie. Partacze lekarscy znani pod nazwą „jaskółek" z racji ich ciągłego przenoszenia się z miejsca na miejsce, leczyli także cierpiących na oczy. Wykonywano zepchnięcie zaćmy z jego zgubnemi skutkami. Wrost rzęs leczono metodą podaną przez Paulusa z Eginy (VII w.), a polegała ona na założeniu fałdu skóry powiekowej między dwa pręciki z trzciny, które przez ucisk powodowały nekrozę skórną i skrót powieki wskutek wytwarzającej się blizny. Często przychodziło do nadmiernego skrócenia i niedomykalności powiek. Choroby wewnętrzne oka leczono przez utworzenie sztucznego ropnia na karku przy pomocy nici wziętych z grzywy końskiej.

Z rokiem 1852 stosunki te ulegają zasadniczej zmianie. Powstaje szkoła dla lekarzy wojskowych, a w roku 1866 szkoła medycyny cywilnej; obie złączone później w wydział lekarski,

w którym okulistyka osobno była nauczaną. W świecie naukowym znani są okuliści jak Anagnostakis, Trantas, Esset Pacha, Millingen i wielu innych. Z chwilą wprowadzenia rządów republikańskich ilość szpitali znacznie wzrosła, powstało dużo oddziałów ocznych. Od roku 1926 istnieje systematyczna rządowa akcja zwalczania jaglicy, a w roku 1928 założono towarzystwo okulistów tureckich. *W. Reis* (Lwów).

Kliniczne rozważania nad ostrą jaglicą i nieżytem mieszkowym. MEYERHOF (Kairo). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Na wstępie podaje autor krótki historyczny szkic rozpoznania różniczkowego między jaglicą a nieżytem mieszkowym. M. należy do obozu dualistów, którzy obie te postacie chorobowe uważają za odrębne cierpienia. Z ostatnich lat nadmienia M. badania Kapuścińskiego nad postaciami ostremi jaglicy. Mimo to M. przyznaje, że ostry nieżyt mieszkowy i ostra jaglica mogą mieć objawy wspólne. Obrzęk powieki, z jej opadnięciem, zaczerwienienie spojówki gałkowej, czasem jej obrzęk, zaczerwienienie, obrzęk i wygląd aksamitny spojówki powiekowej, powierzchowne zapalenie rogówki a nawet obrzęk i bolesność gruczołu przyusznego — wszystkie te objawy mogą po pewnym czasie ustąpić bez śladu. Jedynie następstwa późniejsze mogą rozstrzygnąć, z jaką sprawą chorobową mamy do czynienia. Najwcześniejszem powikłaniem jest łuszczka. Wprawdzie występuje ona także i przy innych schorzeniach ocznych, lecz dla jaglicy będzie charakterystyczną, jeżeli przynajmniej dwa milimetry przekracza górny rąbek rogówki i powoduje lekkie zamglenie tejże. Najpewniejszą oznaką jaglicy jest stwierdzenie prawdziwych grudek jagliczych w górnym rąbku rogówkowym, ale objaw ten nie należy do objawów wczesnych. *W. Reis* (Lwów).

Grudki jaglicze i brodawki w pierwszych okresach jaglicy. CUENOD i NATAF (Tunis). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Autorowie od kilku lat zwracają uwagę na pierwsze okresy jaglicy, dotychczas stosunkowo jeszcze mało znane. Obecnie mieli sposobność spostrzegać przypadki całkiem świeżego zakażenia jagliczego u dorosłych i u dzieci. Badanie biomikroskopowe (przy użyciu lampy szczelinowej) jest w tych przypadkach bardzo pouczającem, gdyż pozwala odróżnić grudki jaglicze od brodawek. Pod odpowiedniem powiększeniem widać, jak cała spojówka zasiana jest plamami czerwonemi, dobrze od siebie odgraniczonemi, złożonemi z elementów naczyniowych, pochodzących z głębi spojówki i rozprzestrzeniających się na powierzchni w postaci pióropusza. Są to początki brodawek. Wśród nich rozmieszczone są ogniska o wyglądzie bardziej mlecznym, otoczone dokoła wspomnianemi poprzednio elementami naczyniowemi. Są to zalążki grudek jagliczych. Zmiany te dobrze spostrzegać można w jaglicy czystej; obraz się zaciera, gdy przyłączy się do tego zakażenie mieszane. Na podstawie badania biomikroskopowego określają autorowie brodawki jako element wybitnie naczyniowy, a grudki jako element typowo limfoidalny i potwierdzają zapatrywanie Addaria z r. 1932, że brodawki stanowią odczyn naczyniowy na podrażnienie wywołane przez powstanie grudek, te ostatnie zaś są odczynem limfatycznym na zadziałanie zarazka jagliczego. *W. Reis* (Lwów).

Jaglica rogówki w okresie epiteljozy i w okresie łuszczki. BUSACCA (Sao Paulo). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Autor opisuje zmiany anatomo-patologiczne, które spotyka się przy beznaczyniowem zapaleniu rogówki u jagliczych. Przybłonek rogówki wykazuje obrzęk, nacieczenie i skłonność do degeneracji pęcherzykowej. Zmiany te uzasadniają należenie zarazka jagliczego do gatunku zarazków umiejscawiających się w przybłonku. Zmiany anatomiczne we wczesnych okresach łuszczki wykazują w „półksiężycu" spojówkowym, odpowiadającym rąbkowi rogówki, istnienie guzków, które należy uważać za ziarniniaki zakaźne. Właściwą łuszczkę jagliczą uważa autor za swoistą tkankę granulacyjną, która powstała w następstwie procesu zakaźnego jako odczyn tkanki normalnie naczyń pozbawionej. Łuszczka nie jest więc schorzeniem rogówki, lecz tylko obronną reakcją tkanki naczyń pozbawionej na zadziałanie zarazka, uszkadzającego pierwotnie przybłonek. *W. Reis* (Lwów).

Owrzodzenie brzegu powieki, włóknikowe zapalenie spojówki, angina, obrzęk okolicznych gruczołów limfatycznych. A. LÖWENSTEIN. Med. Klin. Nr. 1, 1933.

U osobnika dorosłego, w przeciągu 12 lat, 8-krotnie powtarzał się zespół objawów: owrzodzenie brzegu powieki, włóknikowe zapalenie spojówki, angina, bolesny obrzęk okolicznych gruczołów limfatycznych, bóle głowy i stawów. Zaszczepiona wydzielina na rogówkach królików spowodowała zapalenie rogówki i spojówki, a następnie śmierć zwierząt wskutek opryszczkowego zapalenia mózgu. Autor przyjmuje, że w tym przypadku zakażenie postępowało z owrzodzenia przez spojówkę, kanalik łzowy na migdałki, a z nich drogami limfatycznemi do gruczołów limfatycznych i ewentualnie do mózgu, gdzie lokalnie wywoływało ognisko *encephalitis herpetica*, dając owe bóle głowy bez objawów porażennych. *Godlowski* (Kraków).

Zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego w przebiegu dysenterji ameboidalnej. RABAT (Marokko). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Autor opisuje przypadek dysenterji ameboidalnej, której każdorazowy napad powikłany był wystąpieniem *iridocyclitis* z nagromadzeniem ropy w komórce przedniej. Wobec braku innych danych dla etjologji i ustąpieniu powikłania ocznego po wyleczeniu cierpienia zasadniczego, uważa R., że między sprawą oczną a dysenterją istniał związek przyczynowy. *W. Reis* (Lwów).

Zwyrodnienie barwikowe siatkówki i wewnętrzne wydzielanie. MEYERBACH (Akwizgran). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Autor omawia przypadek barwikowego zwyrodnienia siatkówki spostrzegany u 40-letniej kobiety i leczony zastrzykami *„Ovarialfollikulin Menformon"* w myśl hipotezy Wibauta, który przypuszcza, że brak hormonu płciowego może stanowić przyczynę wywołującą cierpienie. Pacjentka pozostawała w dwuletniej obserwacji i, jak załączone schematy pola widzenia wykazują, nastąpiła częściowa poprawa. Autor zachęca do dalszych prób w tym kierunku. *W. Reis* (Lwów).

Zagadnienie ślepoty w Palestynie. Cz. II. STRATHEARN (Jerozolima). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Autor uwzględnia statystykę ślepych wśród ludności żydowskiej, chrześcijańskiej i muzułmańskiej i dochodzi do wniosku, że tylko w poprawie stosunków bytowania ludności muzułmańskiej można się spodziewać zmniejszenia się ilości ślepych. S. proponuje stworzenie urządzeń sanitarnych, wystawienie „domów na pokaz", któreby skutecznie mogły rywalizować z dotychczasowemi lepiankami, utworzenie szkół higjenicznych, licznych poliklinik oraz lotnej pomocy lekarskiej. S. kładzie w szczególności nacisk na leczenie ostrych nieżytów spojówki, które często prowadzą do owrzodzeń rogówkowych, a w dalszym ciągu do powstania jaskry następowej. *W. Reis* (Lwów).

O muszycy ocznej. SPIRATOS (Ateny). Fol. Ophtalm. Orient. T. I. Z. 3. 1933.

Autor opisuje 5 przypadków muszycy zewnętrznej wywołanej przez gąsienice *Oestrus ovis*. *W. Reis* (Lwów).

Raki skórne powiek i ich leczenie radem. S. LABORDE. Pres. Méd. Nr. 80. 1933.

Autor podaje wyniki lecznicze uzyskane w 84 przypadkach raków powiek obserwowanych w ostatnich 12 latach. Raki powiek stanowiły 12,4% raków skórnych i występowały przeważnie na dolnej powiece i w wewnętrznym kąciku. Przy odpowiedniej technice (nakłuwanie igieł radowych zawierających 2 mg, które pozostawiał przez 3—5 dni) nie zdarzały się uszkodzenia rogówki lub soczewki, jakie dawniej często występowały spowodu wadliwego stosowania, szczególnie kilkakrotnego naświetlania promieniami Roentgena lub radem. Do leczenia radem nadawało się 56 przypadków i całkowite wyleczenie uzyskano w 50 przypadkach — bez zniekształceń, bez wczesnych lub późnych uszkodzeń oczu, pozostawała tylko blizna z nieznacznem odbarwieniem skóry. *Skowroński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 listopada 1933 roku.

Posiedzenie 1 z cyklu *„Zagadnienie walki z narkomanją"*.

1. Kol. Modrakowski J., czł. T-wa, omówił: *„Zarys farmakologji alkaloidów makowca"*.

2. Kol. Reicherówna E., czł. T-wa, omówiła: *„Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w medycynie wewnętrznej"*.

3. Kol. Rutkowski J., czł. T-wa: *„Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w chirurgji"*.

Z alkaloidów makowca w chirurgji najczęściej znajdują zastosowanie, jako środki uśmierzające ból i odurzające, morfina i pantopon, rzadziej sam makowiec, kodeina, papaweryna. Ostatnio zjawił się w użyciu środek z tejże grupy o silnem działaniu pod nazwą eukodal.

Ażeby zmniejszyć pobudliwość czuciową i odurzyć chorego przed zabiegiem operacyjnym, podajemy choremu podskórnie 0,01 morfiny lub pantoponu na 15—20 minut przed początkiem narkozy.

Drugi rodzaj wskazań do stosowania narkotyków (morfiny lub pantoponu) znajdujemy w najbliższym czasie po operacji w celu uśmierzenia bólów powstałych w związku z operacją. Prawie zawsze dajemy choremu podskórnie odpowiednią dawkę morfiny czy pantoponu w pierwszym dniu po operacji, niekiedy zmuszeni jesteśmy czynić to w ciągu paru najbliższych dni. W chirurgji jamy brzusznej obawiamy się zbyt szerokiego stosowania wyżej wspomnianych narkotyków, gdyż sprowadzają one parezę jelit i wzdęcia brzucha.

Pozatem znajdziemy wskazanie do zastosowania morfiny czy pantoponu w napadach bólowych spowodowanych kamicą żółciową. W ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, w niedrożności jelit, narkotyków stosować nie wolno.

Również wskazane jest podawanie morfiny czy pantoponu dla uśmierzenia świeżych bólów pourazowych, w szczególności w złamaniach żeber i w ranach klatki piersiowej, ażeby przywrócić dobre oddychanie, niemożliwe bez zniesienia odruchu bólowego.

We wstrząsie *(shock)* pourazowym stosujemy morfinę razem z atropiną. Istnieje jednak w chirurgji, jak zresztą i w innych dziedzinach medycyny praktycznej, cała grupa schorzeń, gdzie stosowanie wspomnianych środków odurzających łatwo sprowadza przyzwyczajenie.

Na pierwszy plan wysuwają się te zespoły bólowe, gdzie leczenie przyczynowe jest zupełnie lub mało skuteczne. Niestety, w wielu przypadkach od dłuższego używania narkotyków nie jesteśmy w stanie ustrzec chorego. Obecnie wiele zespołów bólowych da się opanować na innej drodze, większa część nerwobólów nerwu trójdzielnego da się usunąć zapomocą zastrzykiwań alkoholowych, bądź te najuporczywsze, zapomocą, prawda trudnego, lecz radykalnego zabiegu operacyjnego (Frazier).

W zespołach naczyniowych bólowych kończyn wypróbować należy działanie środków porażających nerw współczulny (rozszerzenie naczyń) i wskutek tego uśmierzających ból środków, których przedstawicielami są angjoksyl i acekolina. W nieuleczalnym raku można spróbować ostatnio polecanego stosowania wapnia *(calcium chloratum)* w postaci zastrzyknięć dożylnych. Jad kobry ma dawać w tych przypadkach znakomity efekt przeciwbólowy. Wiemy wszyscy, że nie istnieją środki farmakologiczne usuwające trwale ból: uśmierzenie jest zawsze tylko czasowe, mniej lub więcej doskonałe, zależne od wielu warunków. Pozatem istnieją bóle, których żaden z narkotyków nie jest w stanie uśmierzyć. Tylko chirurgja wespół z anatomją i fizjologją mogła być powołana do tego, ażeby rozwiązać zagadnienie usunięcia bólu tam, gdzie nic innego pomóc nie może.

Operacyj przeciwbólowych, dających bez porównania lepsze wyniki, niż stosowanie narkotyków, przybywa coraz więcej. Wykonujemy bądź usunięcie odpowiednich zwojów sympatycznych, bądź przecięcie gałęzi łączących *(rami communicantes)*, bądź odzieramy ściany naczyń, z włókienek nerwowych *(sympathectomia periarterialis)*. Przecinamy nerwy (neurotomja) i korzonki czuciowe *(radicotomia)*, a nawet robimy poprzeczne przecięcie tej części odpowiedniej połowy rdzenia, gdzie biegną drogi czuciowe (chordotomja). W ten sposób uśmierzamy niczem niedające się usunąć bóle w kauzalgji, kikutach bolesnych, chorobie Rynaud *(sympathectomia periarterialis)*, bóle pourazowe (ramikotomja), bóle w jamie brzusznej, jak *crises gastriques* tabetyków, neuralgje narządów miednicy (neurotomje), bóle w dusznicy bolesnej (ramicektomje), bóle w *dysmenorrhei*, zwyrodnieniu i zapaleniu jajników, wreszcie straszne bóle w raku nieuleczalnym macicy, sterczu prostnicy (sympatektomja wielkich naczyń miednicy i przecięcie nerwu przedkrzyżowego).

4. Kol. Sterling W., czł. T-wa, omówił: *„Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w neurologji"*.

Neurologja współczesna, wbrew poglądom lat dawniejszych, nie uznaje realności wskazań przyczynowych w stosowaniu makowca i jego alkaloidów w chorobach nerwowych. Przy wskazaniach objawowych odróżniać należy sprawy organiczne układu nerwowego, t. zw. nerwice wegetatywne względnie narządowe oraz psychonerwice.

Klinika nie zna ani jednego zespołu organicznego w którym istniałoby bezwzględne wskazanie do podawania morfiny. Doświadczenie wskazuje, że cały szereg gwałtownych bólów pochodzenia centralnego (wzgórkowego) nie poddaje się zupełnie jej działaniu. W bólach kauzalgicznych i przełomach wiądowych daleko skuteczniejszem okazuje się działanie pilokarpiny. W cięższych przypadkach wkracza w prawa swoje neurochirurgja. W guzach mózgu i stanach pokrewnych naświetlanie promieniami Roentgena łącznie z wstrzykiwaniami płynów hipertonicznych przynoszą daleko więcej ulgi, aniżeli wszelkie alkaloidy makowca. W uporczywych nerwobólach a zwłaszcza w rwie trójdzielnej i kulszowej należy zwalczać bóle nie zapomocą narkotyków, ale metodami zastrzykowemi (alkohol, roztwór fizjologiczny) łącznie z terapją fizykalną i pyroterapją. Co się tyczy psychonerwic to leczenie stanów dysforycznych i lękowych powinno opierać się wyłącznie niemal na racjonalnie rozbudowanej psychoterapji i wreszcie należy do lamusa przeżytków terapeutycznych karmienie pacjentów przetworami makowca które doniedawna stosowane były *larga manu*. Naogół ani więc w neurologji organicznej ani tem bardziej w czynnościowej nie znajdujemy istotnych wskazań do stosowania makowca i jego alkaloidów, a zwłaszcza morfiny, które dopuszczalne jest tylko, jako narzędzie eutanazji (np. w złośliwych guzach kręgosłupa).

Kol. Michalski Z., czł. T-wa: Wielki praktyk i klinicysta francuski, Huchard, zaliczył opjum i jego pochodne do podstawowych 12 środków leczniczych w medycynie wewnętrznej. Przed 13 laty miałem możność spostrzegania pracy oddziału wewnętrznego szpitalnego Dra Adama Chełmońskiego, gdzie — wskutek zarządzenia ordynatora — wszelkie pochodne opjum były zakazane. Roczna praca w tym oddziale nie przekonała mnie o słuszności i celowości tego zarządzenia. Znamy cały szereg napadów bólowych, gdzie niezastosowanie wstrzyknięcia morfiny byłoby okrucieństwem zbytecznem; również w ostatnich dniach życia suchotnika przesadą jest pozbawianie go tej ulgi, jaką może mu przynieść ten czy inny przetwór makowca.

Mówiąc o przeciwwskazaniach klinicznych — za najbardziej przeciwwskazane uważam stosowanie leków z grupy morfiny w zapaleniu nerek i w szczególności w mocznicy i w wywołanych przez nią dolegliwościach, jak wymioty i t. p. Morfina poraża wydzielanie moczu i wskutek tego nietylko nie przynosi ulgi, ale wyraźną szkodę.

Gruźlica płuc jako cierpienie ciągnące się latami wymaga szczególnego omówienia co do stosowania środków przeciwkaszlowych z grupy opjum.

Co do zasadniczych wskazań co do stosowania środków przeciwkaszlowych nadzwyczaj jasno i logicznie ujął sprawę Tytus Chałubiński i tam, gdzie stwierdzamy wydzielinę w drogach oddechowych, hamowanie kaszlu jest szkodliwe; racjonalne jest stosowanie środków kojących kaszel przy kaszlu suchym, niecelowym, bez wykrztusiny.

W stosunku do gruźlicy nie rozumiemy jeszcze tak dokładnie znaczenia obronnego, wszelkich objawów chorobowych, jak np. w niedomodze krążenia, jednak usuwanie prątków z kaszlem należy raczej uważać za zaburzenia celowe. Stąd hamowanie kaszlu bez specjalnych wskazań (krwotoki, odma samoistna, nadmiernie męczący kaszel) zapomocą nawet takich środków, jak kodeina lub dionina — przynosi raczej szkodę choremu. Za szczególnie szkodliwy uważałbym pospolicie stosowany proszek Dowera, gdyż ipekakuana wchodząca w skład tego proszku obniża ciśnienie w małym krwiobiegu.

Kol. Orłowski W., czł. T-wa, twierdzi, że bardzo często niewłaściwie i niepotrzebnie stosuje się leki z grupy alkaloidów makowca. Od 25 lat nie przepisuje przetworów makowca w nieżytach jelita grubego, przebiegającego z rozwolnieniem, nie chce bowiem zatrzymywać produktów gnicia, zaleca natomiast leczenie miejscowe (przepłókiwania, lawatywy). Po przetworach makowca wynik jest doraźny, później zjawia się pogorszenie. W niewydolności układu krążenia należy także unikać przetworów makowca (morfina), wystarczy bowiem choremu zapewnić spokój ogólny a lek sercowy (np. naparstnica) zadziała inaczej. Nie wolno istotnie podawać morfiny razem ze środkami moczopędnemi. W nadciśnieniu samorodnem należy stosować papawerynę, a nie morfinę. W przypadkach krwioplucia z silnym kaszlem należy podawać morfinę. Nie można także uniknąć stosowania przetworów makowca w suchym nieżycie oskrzeli. W końcowych okresach życia chorych na gruźlicę nie ogranicza się podawania morfiny, trzeba jednak pamiętać, że często można uzyskać dodatni wpływ bez środków narkotycznych. Doskonale działa także kamfora.

Kol. Modrakowski J., czł. T-wa, stwierdza, że wskazania kliniczne odpowiadają poglądom farmakologów; zwraca uwagę na podział przetworów makowca na grupę izochinoliny (morfina) i fenantrenu; obie grupy różnią się działaniem. Z pierwszej grupy tylko kodeina nie wywołuje przyzwyczajenia, z drugiej — cennym

środkiem jest papaweryna. Można stosować ją w dawkach większych niż to jest ogólne przyjęte (do 0,15), nie wywołuje ona również przyzwyczajenia.

Kol. Reicherówna E., czł. T-wa, zwraca uwagę na szkodliwość tak rozpowszechnionego używania nalewki makowca *(Tra Opii simpl.).*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 listopada 1933 roku.

Posiedzenie 2-gie z cyklu: „*Zagadnienie walki z narkomanja*".

1. Kol. Mazurkiewicz J., czł. T-wa, omówił: „*Psychofizjologję bólu*".

Stwierdzone istnienie układu afektywności protopatycznej, a w szczególności jej ośrodka we wzgórzach wzrokowych (Head, Foerster), których pewne uszkodzenia wywołują bóle samoistne i które są świadkiem poczucia błogostanu lub złego samopoczucia, nasuwa myśl o bezpośredniem przeciwbólowem działaniu morfiny na ten ośrodek. Wprawdzie histopatologja morfinizmu nie potwierdza takiego poglądu, i morfina właśnie bólów talamicznych nie uśmierza, a natomiast tłumi bóle i troski natury moralnej (korowej), jednak prelegent sądzi, że te argumenty nie wystarczają dla stwierdzenia bezpośredniego przeciwbólowego działania morfiny na korę mózgową, która własnego ośrodka afektywności protopatycznej nie posiada i może tylko chwilowo nieco nasilać uczucie bólu fizycznego, lub również chwilowo je tłumić. Również żywiołowość przejawów głodu morfinowego przemawia za bezpośredniem podkorowem działaniem tej trucizny, które prelegent uważa za prawdopodobniejsze, z zastrzeżeniem, że skutki tego działania należy uznać za zależne nie od zmian anatomicznych, spotykanych w morfiniźmie, ale od zmian, wywoływanych przez morfinę we wzajemnych stosunkach dwóch dynamizmów, podkorowego i kory mózgowej.

2. Kol. Łuniewski W., czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „*Klinika narkomanji, wywołanej alkaloidami makowca*".

3. Kol. Nelken J. omówił: „*Leczenie narkomanji wywołanej alkaloidami makowca*".

W dyskusji: Kol. Modrakowski J., czł. T-wa, nie sądzi, by morfina działała tylko na ośrodki wzgórza wzrokowego. Działa ona bez wątpienia na korę. Nie osłania ona, lecz raczej powiększa wpływ czynników hamujących ze strony kory na ośrodki podkorowe. Pozatem morfina działa wyraźnie na układ parasympatyczny. Wspomina o osobach, które umiarkowanie korzystają z morfiny. Osoby pod wpływem małej dawki morfiny, używanej rzadko, osiągają spokój i ułatwienie pracy umysłowej, a mimo używania jej przez dziesiątki lat nie przyzwyczajają się.

Kol. Rutkowski J., czł. T-wa, zwraca uwagę na różny sposób oddziaływania tkanek i narządów na bodźce bólowe. Narządy wewnętrzne, zwłaszcza przewód pokarmowy, są niewrażliwe na ból przy krajaniu nożem, o ile nie są zmienione chorobowo. Natomiast są one bardzo czułe na pociąganie za krezkę. Różnice te zależą od różnic w unerwieniu.

Kol. Chmielewski J., czł. T-wa, zwraca uwagę na odmienny sposób oddziaływania różnych ludzi na morfinę oraz na różne działanie przetworów makowca zależnie od ich postaci i sposobu wprowadzania do ustroju (np. wstrzykiwania morfiny, pantoponu, palenie opjum i t. p.). W stosunku do morfiny odróżnia trzy rodzaje chorych: jedni odczuwają przykre uczucia, ci nigdy nie będą morfinistami; inni zachowują się obojętnie, u tych wywołuje m. tylko zniesienie bólu i uczucie senności; wreszcie część miewa uczucia przyjemne i ci właśnie starają się jaknajczęściej wyłudzić od lekarza zastosowanie morfiny. Należy właśnie u tych ostatnich w pierwszym rzędzie ograniczać podawanie przetworów makowca.

Kol. Mazurkiewicz J., czł. T-wa, stwierdza, że działanie morfiny na korę niewątpliwie istnieje. Nie można tylko ustalić, czy to jest działanie pierwotne, czy wtórne. Jeżeli chodzi o wpływ morfiny na układ sympatyczny lub parasympatyczny, to nie zawsze można powiedzieć, czy to jest ośrodek sympatyczny czy parasympatyczny i wiązanie działania morfiny z pobudzaniem układu parasympatycznego, lub współczulnego jest niepewne. W powstawaniu bólów duże znaczenie ma sumowanie się podniet bólowych. Niesposób jest określić w czasie krótkiego badania chorego, w jaki sposób będzie on oddziaływał na morfinę.

Kol. Łuniewski W., czł. T-wa, sądzi, że gdyby w działaniu morfiny istniała wyraźna przewaga napięcia jednego układu, to istniałaby podstawa do leczenia tych stanów. W istocie działanie morfiny jest bardziej złożone.

Kol. Nelken J. zwraca uwagę, że narkomani inaczej postępują u siebie w domu, inaczej w stosunkach służbowych i towarzystwie. Tem niemniej są to przeważnie psychopaci.

Sekretarz Doroczny: *Karol Chodkowski.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy W-dztwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 października 1933 r.

Przewodniczy: Kol. K. Fiedorowicz.

1. Kol. Chwećko demonstruje z oddziału Dr. Fiedorowicza: I. przypadek *wyleczonego pęknięcia jelita.*

Dziecko $3^1/_2$ lat, kopnięte w brzuch przez konia, przybyło po 4 godzinach do szpitala św. Rocha z objawami zapalenia otrzewnej. Wykonano laparotomję i znaleziono otwór w jelicie cienkiem w odległości 30 cm od zgięcia dwunastniczo-jelitowego. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

II. Przypadek *połknięcia agrafki.*

Dziecko 4 lat, przed 21. VIII. mies. połknęło zamkniętą agrafkę. Przez cały czas uskarżało się na bóle w różnych miejscach brzucha. Ostatnio bóle zlokalizowały się w okolicy kątnicy. Dokonano zabiegu operacyjnego i znaleziono w kątnicy 1 ramię agrafki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

2. Kol. K. Fiedorowicz: I. Pokaz preparatu *zgangrenowanej esicy po skręcie.* Chory operowany na 3 dzień. Po resekcji jelita, końce zszyto, jamę brzuszną zaszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

II. Pokaz preparatów *wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem na obwodzie,* uwięzgłego w przepuklinie udowej.

III. Pokaz preparatu *wyciętego żołądka z modzelowatym wrzodem dwunastnicy.*

3. Kol. Cz. Karwowski wygłosił referat: „*W sprawie szkół na wolnem powietrzu*". Referat stwierdza, iż szkoła dzisiejsza często szkodzi zdrowiu dziecka, że, jak podaje Kopczyński, mamy w szkołach 48% dzieci, które wymagają specjalnej opieki, gdyż są to dzieci, które się zetknęły z zakażeniem gruźliczem, lub są osłabione warunkami miejskiego życia. By zaradzić temu, referent propaguje ułożenie racjonalnie dnia powszedniego dziecka:

W szkołach normalnych zastosować racjonalnie wymagania higjeny, a więc budowanie szkół na peryferjach miasta, zastosowanie prawidłowego przewietrzania, jednocześnie pracy fizycznej i umysłowej w jedną całość. Nieobciążanie dzieci pracą domową. Dla dzieci wątłych, chorowitych trzeba zbudować masę szkół na wolnem powietrzu. Szkoły te winny być budowane w parkach, miejscach otwartych, gdzie są dwie przestrzenie powietrzne. W szkołach winno prowadzić się lekcje przy otwartych oknach i na werandach jaknajdłużej (za wyjątkiem grudnia, stycznia i lutego). Jednak trzeba zwracać uwagę, by w klasach była odpowiednia temperatura, gdyż dziecko chorowite potrzebuje więcej komfortu cieplnego, niż dziecko zdrowe. W szkołach tych winno być prowadzone werandowanie, dostateczne odżywianie, czas przebywania dziecka w szkole winien trwać dłużej: 8—9 godzin, z czego na naukę 4 godziny po 40 min. reszta na werandowanie, ćwiczenia i t. d. Pobyt dziecka w szkole na otwartem powietrzu winien wynosić conajmniej 6 godzin.

Sekretarz: *Dr. Cz. Karwowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Karolina Nowakowa, lat 28, zmarła w Krakowie.

Henryk Biegeleisen, znakomity historyk literatury polskiej i badacz folkloru, autor „Lecznictwa ludu polskiego" zmarł we Lwowie w 78 roku życia.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Tow. Lek. Łódzkie. I. Posiedzenie 4 kwietnia 1934 r.: 1) Balotowanie kandydatów na członków Towarzystwa. 2) Przemówienie sekretarza stałego Tow. i wręczenie dyplomów członkom honorowym Tow.: kol. Bronisławowi Handelsmanowi i kol. Bolesławowi Mikłaszewskiemu. Kol. B. Handelsman: O chorobach zawodowych. — II. Posiedzenie 18 kwietnia 1934 r.: Kol. S. Minc: Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych. Kol. W. Miller: Obecny stan wiedzy o reumatyźmie infekcyjnym. — III. Posiedzenie 25 kwietnia 1934 r.: Kol. J. Polak: Terapja krótkofalowa. Kol. J. Handzel: Medycyna i lekarze w Ameryce.

Sprawy zawodowe.

W Warszawie zostało zorganizowane Koło Lekarzy byłych Legionistów, którego zadaniem będzie podniesienie poziomu zdrowia obywateli Państwa, oraz współpraca z władzami państwowemi nad uporządkowaniem spraw lekarskich na

terenie Państwa. Posiedzenie organizacyjne Koła odbyło się dnia 18 marca b. r., na którem wybrano komendantem Koła gen. dr. Stanisława Rouupperta, sekretarzem dr. Tadeusza Milewskiego.

W Warszawie zawiązał się Komitet Organizacyjny Księgarni Lekarskiej. Będzie to placówka handlowa oparta na zasadzie spółdzielni z udziałami członkowskiemi po 100 zł. Otwarcie księgarni pozwoli zorganizować ruch wydawniczy z dziedziny nauk lekarskich; unieszkodliwi spekulantów i przygodnych „wydawców" i sparaliżuje domokrężny handel książką. § 2 projektowanego statutu tak określa jej działanie: 1) wydawanie książek, czasopism oraz wszelkich pomocy naukowych i druków; 2) prowadzenie księgarń; 3) administrowanie i reprezentacja czasopism i wydawnictw perjodycznych krajowych i zagranicznych; 4) wszelkie czynności wchodzące w zakres księgarstwa. (Całą tą działalność spółdzielnia prowadzić będzie tylko w zakresie medycyny, weterynarji, farmaceutyki, wychowania fizycznego i umiejętności pomocniczych). Sekretarjat Komitetu Organizacyjnego (dr. Stanisław Konopka, Warszawa, Górnośląska 45) zwraca się do ogółu kolegów o zgłaszanie udziałów, gdyż walne zebranie przewidziane jest na połowę kwietnia b. r.

Medycyna społeczna.

W Nr. 7 „Lekarza Wojskowego" ukazała się praca Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Ignacego Mościckiego p. t.: „Urządzenia pozwalające na stworzenie w odpowiednich zakładach miejskich warunków leczniczych, upodobnionych do warunków na wyżynach górskich", której streszczenie drukowaliśmy w numerze 14 P. G. L.

Z inicjatywy Dep. Służby Zdrowia do programu prac Instytutu Spraw Społecznych na rok 1934, zostało włączone podjęcie prac w zakresie przygotowania monografji poświęconej ochronie oczu w przemyśle. Instytut Spraw Społecznych zwrócił się do prof. Melanowskiego z propozycją opracowania takiej monografji.

Nowe wytyczne Rady Państwowej dla zwalczania raka w Niemczech ustalają przepisy o badaniu wartości nowych metod zabezpieczania się, rozpoznawania i leczenia nowotworów. Rada Państwowa obowiązaną jest przyjąć pod rozwagę i prowadzić kartotekę wszelkich — choćby zupełnie nierealnych — nowych pomysłów w walce z rakiem, składanych przez lekarzy czy też laików. Pomysły realne mają być wypróbowywane w Instytutach przeciwrakowych ewentualnie klinikach uniwersyteckich. Wytwórnie nowych specyfików ewentualnie autorzy nowych pomysłów w walce z rakiem nie mają prawa wstępu ani informowania się w instytutach o wynikach badań kontrolnych; zgóry zgodzić się muszą na to, iż ocenę przeprowadzanych doświadczeń ustali Rada Państwowa dla zwalczania raka.

Komunikaty.

Polskie Lekarskie Tow. Radjologiczne urządza w Poznaniu kurs rentgenoterapji dla lekarzy w czasie od 4—6 maja b. r. Wykładać będą: prof. dr. Mayer, doc. dr. Bajoński, dr. T. Alkiewicz, dr. Schreiber. Zgłoszenia i zapytania przyjmuje dr. T. Alkiewicz, Poznań, ul. Fr. Ratajczaka 12.

Nagroda Kongresu Genewskiego. VI Międzynarodowy Kongres w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, który się odbył w Genewie w roku 1931, ustanowił nagrodę wysokości 1000 fr. szw. dla najlepszej pracy oryginalnej i dotąd niedrukowanej na temat: Wpływ stanu poprzedzającego wypadek na ocenę skutków wypadku przy pracy — *„Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation des suites d'un accident du travail"*. Ubiegać się o nagrodę mogą lekarze wszystkich narodowości na warunkach następujących: Nagroda zostanie przyznana z okazji VII Kongresu, który odbędzie się w roku 1935 w Brukseli. Maszynopis w dwóch egzemplarzach w jednym z następujących języków: francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim, winien być nadesłany przed 31 grudnia 1934 r. na ręce Sekretarza VI Kongresu *Dr. Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genewa.* Autor pozostaje właścicielem pracy, lecz zobowiązany jest ogłosić ją w roku następnym po przyznaniu nagrody. Jury składa się z biura Komitetu Organizacyjnego Kongresu Genewskiego. Rękopisy winny być nadesłane bez podpisu zaopatrzone znakiem, powtórzonym na kopercie zamkniętej, zawierającej nazwisko, adres i tytuły autora.

W amerykańskiem czasopiśmie *„Military Surgeon"* został ogłoszony konkurs dla lekarzy wojskowych, także armij obcych — na pracę p. t.: „Rola lekarza cywilnego na wypadek potrzeby wojennej narodu".

Niemieckie Tow. dla badania krążenia odbędzie zjazd w Bad-Kissingen 16 i 17 kwietnia b. r. Temat programowy: „Zakrzep i zator" opracowali L. Aschoff (Freiburg), P. Morawitz (Leipzig), L. Nürnberg (Halle).

W lipcu 1935 r. odbędzie się w Brukseli VII Kongres Międzynarodowy Lekarski w sprawie Wypadków przy pracy i Chorób Zawodowych. Kongres będzie obradował w 3 sekcjach: 1) sekcja chirurgiczna z dwoma tematami programowemi: „Późne następstwa urazów czaszki" oraz „Urazy ręki i palców"; 2) sekcja chorób zawodowych z tematami programowemi: „Walka z pyłem w przemyśle" i „Patologja zatruć gazami kopalnianemi"; 3) sekcja wspólna z tematami programowemi: „Objektywne objawy bólu" i „Urazy elektryczne". Poza koreferatami do tych tematów dopuszczone będą krótkie referaty na inne tematy związane z leczeniem i zapobieganiem wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym. Informacyj udziela Sekretarz Generalny Kongresu: Dr. Leo Dejardin, *23 rue du Commerce, Bruxelles.*

Sprostowanie omyłki druku.

W ocenie książki R. Rivoire'a przez doc. dr. H. Sochańskiego w Nr. 14 P. G. L. Str. 263 zaszła omyłka druku. Zamiast zdania: „Brak rozdziału o tarczycy, nawet zapowiedzianego na wstępie, wywołuje dziwne wrażenie..." (wiersz 5, 6 i 7 od dołu) winno być: „Brak rozdziału o tarczycy, choć (ten brak) zapowiedziany jest na wstępie, mimo wszystko wywołuje dziwne uczucie".

Redakcja otrzymała:

Wł. Podsoński: Lecznicze znaczenie wód siarczanych. Odb. „Polski Almanach Uzdrowisk". Kraków 1934.

Prof. W. Orłowski: Patologja i terapja szczegółowa chorób wewnętrznych. T. II. Choroby narządu oddechowego i śródpiersia. Cz. I. Warszawa 1934.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za rok 1932/33.

S. Sielicki: Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w roku 1932. Warszawa 1933.

K. Dąbrowski: Rola szpitala w kwalifikacji chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w związku z nowoczesnemi metodami badania i leczenia gruźlicy płuc. Odb. „Gruźlica". Nr. 5. 1931.

Nadzieja Berdo: Wartość kliniczna odczynu hamowania surowicy krwi z antygenem gruźliczym Besredki. Odczyn Z. Skibińskiego. Odb. „Gruźlica". Nr. 6, 1933.

Nadzieja Berdo: O powstaniu i rozwoju gruźlicy w płucu przeciwległem w przebiegu odmy sztucznej (bilateralizacja). Odb. „Gruźlica" Tom VIII. Nr. 5.

Acad. Polonaise des sciences et de lettres. Bulletin internat. Classe de médecine. Nr. 2—5, 1933 et Nr. 6—10. 1933.

Acad. Polonaise des sciences et de lettres. Cpt. rendus mensuels des séances de la classe de médecine. Nr. 1. 1934.

H. Chabanier et C. Lobo-Onell: Hypochlorémie et accidents post-opératoires. Masson. Paris. 1934.

M. Léon-Kindberg: Les dilatations des bronches. Masson. Paris 1934.

St. Rudzki: Ustawodawcza Walka z Gruźlicą. T. I. „Lekarz Polski". Warszawa, 1933.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.